

Pionieren in Preventie

Een onderzoek naar barrières bij en kansen in het realiseren van innovaties gericht op preventie vanuit de perceptie van ondernemers in de zorg

Auteur: Berdien van der Wilt - 3801292

Datum: 14 Augustus 2016

Masterthesis in het kader van de master Publiek Management (Universiteit Utrecht)



Datum

14 augustus 2016

Plaats

Utrecht

Type

Masterthesis

Auteur

Berdien van der Wilt

Student nummer: 3801292

Master Publiek Management

Utrechtse School voor Bestuurs- en

Organisatiewetenschap (USBO)

Universiteit Utrecht

Begeleiders

Eerste lezer: dr. Karin Geuijen

Tweede lezer: Scott Douglas DPhil

Vanuit stageorganisatie: Samira Zafar



Voorwoord

Beste lezer, voor u ligt mijn masterscriptie. In de afgelopen maanden heb ik mij mogen onderdompelen in de wondere wereld van innovatie in de zorg. Door het bijwonen van congressen en het houden van interviews vanaf keukentafels en cafés tot aan grote bedrijfspanden heb ik in korte tijd een hoop mogen leren over innovatieprocessen. Zo ben ik langzaam ‘thuis’ geworden in de innovatie taal en de bekende terminologie in de zorg. Machtelds Huber positieve gezondheidsdefinitie en de verschillende innovatietermen (variërend van *early adapters*, *seeding rounds* tot aan *b2b strategies*) zijn mij inmiddels bekend. In de afgelopen maanden heb ik de mooie dingen gezien; innovatieve bewegingen die proberen ons zorgsysteem naar een hoger niveau te tillen. Maar ik heb ook kritische kanttekeningen mogen horen, en zelf mogen plaatsen bij de manier waarop bepaalde systemen een rem lijken te zetten op innovaties, met name gericht op preventie. Voor u ligt mijn vertaling van dit proces van waargenomen barrières en kansen en de reacties daarop. Deze is tot stand gekomen met de medewerking van bevlogen en innovatieve ondernemers, waarvoor veel dank: zonder jullie had dit onderzoek er nooit gelegen!

Naast de medewerking van verschillende ondernemers heb ik daarnaast veel gehad aan de interviews met betrokken spelers in het (zorg) innovatieveld. Mijn dank gaat uit naar hun tijd en nuttige aanvullingen of opmerkingen: ze hebben geholpen richting te kiezen en scherp te blijven op mijn onderzoeksproces. Ditzelfde geldt ook voor mijn begeleidster vanuit de Universiteit Utrecht: Karin Geuijen, mijn tweede lezer Scott Douglas, en mijn groepsgenoten in de tutorgroep: dank voor jullie input en bemoediging, zonder jullie was het afstuderen nooit zo leuk geweest!

Als laatste gaat mijn dank uit naar Society Impact voor het bieden van een vaste standplaats van waaruit ik mijn onderzoek kon doen in de afgelopen tijd. Dank voor jullie tijd en hulp met het scherpstellen en het zijn van een constante kennisbank over innovatie en zorg. Mijn dank gaat daarbij in het bijzonder uit naar mijn stagebegeleidster Samira Zafar; dank voor al jouw goede tips, begeleiding en gezelligheid! Ik heb enorm veel gehad aan jullie kennis en kunde en kijk terug op een mooie stagetijd!

Rest mij slechts nog de hoop dat u deze scriptie met veel interesse zult lezen,

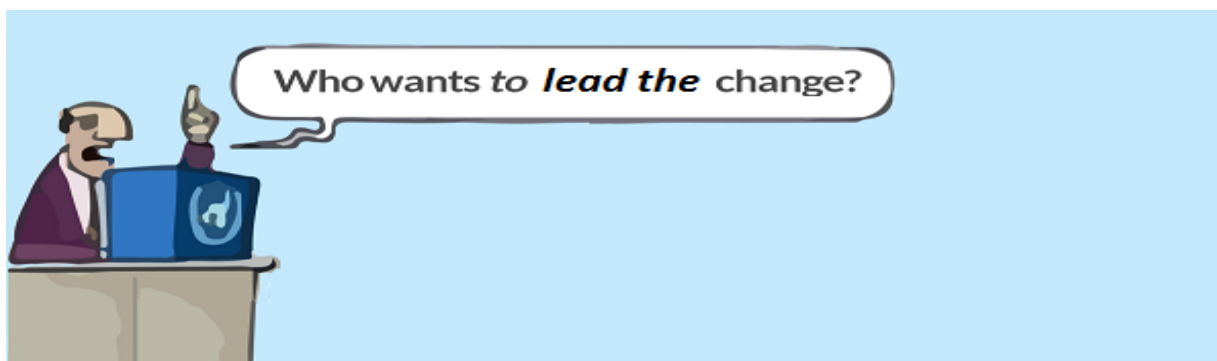
Met vriendelijke, en nu opgeluchte, groet,

Berdien van der Wilt

Samenvatting



Ons zorgstelsel staat voor grote uitdagingen: de kwaliteit van zorg waarborgen én tegelijkertijd de kosten onder controle houden. Deze ontwikkelingen vragen om **verandering**. Verandering in de vorm van een nieuwe kijk op en inrichting van de zorg, meer gericht op preventie en 'voorkomen van' zorg.



Om deze verandering te bewerkstelligen en te **leiden** wordt een beroep gedaan op innovatieve ondernemers in de zorg, daar waar traditionele partijen tegen obstakels aanlopen. Ideeën en ondernemers genoeg; maar veel innovaties komen niet verder dan de pilot fase en stranden vroegtijdig. Dit maakt het van belang om meer inzicht te krijgen in de belevingswereld van ondernemers, om hier als beleidsmakers, aanbieders, zorgverzekeraars en andere ondernemers van te leren en te kijken waar pijnpunten en kansen liggen voor een verdere opschaling van innovaties gericht op preventie. Dit onderzoek zoomt in op de ervaren barrières en kansen in het innovatieproces door ondernemers in preventie. Daarnaast kijkt het naar de manier waarop ondernemers met deze barrières en kansen omgaan. De ondernemers in dit onderzoek geven aan in te willen zetten op preventie omdat ze geloven dat het anders moet en kan in de zorg, en preventie daarin essentieel is. Dat hierin zowel kansen als (veel meer) barrières worden ervaren is duidelijk: verandering gaat niet zonder slag of stoot.



De ervaren barrières zijn globaal in te delen in barrières vanwege de bestaande structuur van het zorgstelsel, de cultuur van 'oud denken' (zowel bij zorgpartijen, als ook bij de samenleving) en het zijn van een ondernemer met visie in een zorgmarkt die geen echte markt lijkt te willen zijn. Verandering is kortom wel gewenst, maar wordt niet altijd omarmt: zowel door barrières in structuur, als ook in cultuur en visie op de markt. Kansen worden daarentegen ook gezien. Met name in het huidige innovatieklimaat, het draagvlak voor gezondheid en preventie en de technologische mogelijkheden.

Hierop wordt onder andere ingespeeld door nieuwe en andere routes naar financiering en doelgroepen in te slaan en door samen te werken met andere partijen. Hierbij kan gedacht worden aan 'ambassadeurs' van de innovatie en pioniers in het veld. Daarnaast worden bestaande preventie en innovatie bewegingen opgezocht, en wordt beweging gecreëerd door ondernemers in de hoop dat er draagvlak voor de innovatie ontstaat. Het creëren van vertrouwen, visie en de wil om te investeren zijn hierin het beoogde doel.

Hierbij valt het op dat preventie in zichzelf een grote kans biedt: door in te zetten op het proces vóór zorg kunnen klassieke zorg barrières wellicht ontweken worden en ontstaat er meer bewegingsruimte en nieuwe samenwerkingspartners voor ondernemers. Bewegingsruimte om nieuwe routes in te slaan en met nieuwe partijen samen te werken, maar tegen welke prijs? De kans ontstaat dat beoogde doelgroepen worden verruild voor 'makkelijkere' doelgroepen (lees: betalende doelgroepen). Dit omdat juist bij preventie de betalende klant moeilijk te traceren is, en verschillende partijen naar elkaar wijzen als het gaat om financiering van preventieve oplossingen. Onder het motto 'er moet ook brood op de plank komen' wordt daarin dikwijls verondersteld dat er niet altijd de ruimte is voor onbeperkte visie zonder realisme, en dat alleen inzetten op preventie vaak niet genoeg is om als ondernemer rond te komen.

Om meer onbeperkt visionair ondernemerschap in preventie te bewerkstelligen is het van belang dat de dialoog over preventie verder wordt gevoerd, een beter imago over ondernemerschap wordt gecreëerd en er verder wordt gewerkt aan gunstige financiering en bekostigingsstructuren om innovatie in preventie mogelijk te maken. In de tussentijd vraagt dit van ondernemers om een flexibele houding waarbij gemanoeuvreed zal moeten worden binnen, tussen en buiten bestaande systemen. Private en publieke partijen moeten daarnaast zoeken naar gedeelde belangen en gemeenschappelijke taal.

Dit zodat ondernemers niet alleen meer hoeven te pionieren in preventie, maar een gezamenlijke preventie focus in het gehele zorgspectrum ontstaat als antwoord op de uitdagingen waar de zorg op dit moment voor staat.



Inhoudsopgave

Pionieren in Preventie	1
Voorwoord	3
Samenvatting.....	4
1. Inleiding	9
1.1 Veranderingen in het zorglandschap: noodzaak tot innovatie	9
1.2 Het beroep op de zorgondernemer	11
1.3 Probleemstelling.....	12
1.4 Vraagstelling	13
1.5 Leeswijzer	14
2. Relevantie.....	14
2.1 Maatschappelijke relevantie	14
2.2 Wetenschappelijke relevantie.....	15
3. Theoretisch kader.....	16
3.1 Publieke innovatie: wat is en het (niet) en welke spanningen levert het op?	16
3.2 Preventie: een gezonde definitie met gezonde spanningen?	24
3.3 Wat zijn mogelijke reacties op deze barrières en kansen?	30
3.4 De ondernemer in het speelveld.....	34
3.5 Conclusie theoretisch kader	35
4. Methoden & Technieken.....	37
4.1 Wetenschapsfilosofische positie	37
4.2 Onderzoeksmethoden.....	38
4.3 Selectiecriteria respondenten en bijeenkomsten	40
4.4 Analyse van de interviews	41
4.5 Betrouwbaarheid en validiteit.....	42
4.6 Doelstelling onderzoek.....	44
4.7 Leeswijzer	44
5. Bevindingen	45
5.1 Inleiding	45
5.2. Drijfveren om te innoveren in preventie.....	46
5.3 Barrières in het innovatieproces	49



5.4 Barrières in structuur	54
5.5 Barrières in cultuur	63
5.6 Barrières inherent aan ondernemerschap	66
5.7 De waan van de dag: drukte en weinig tijd voor visie (op innovatie).....	68
5.8 Overige barrières: beleidsonzekerheid	68
5.9 Conclusie barrières	70
5.10 Kansen in het innoveren: draagvlak en ‘window of opportunity’	70
5.11 Reacties in het innoveren.....	76
6. Conclusie	84
7. Discussie	87
7.2 Betekenis literatuur	88
7.3 Aanbevelingen	89
8. Literatuur	93

1. Inleiding

1.1 Veranderingen in het zorglandschap: noodzaak tot innovatie

*‘De vraag naar zorg verandert en neemt onverminderd toe, mede daardoor blijven de **kosten stijgen**. De samenleving stelt **hogere eisen aan de kwaliteit van preventie en zorg** en we zullen met verhoudingsgewijs minder mensen meer moeten gaan doen. Om deze uitdagingen aan te kunnen is onder meer **innovatie essentieel**, evenals een snelle verspreiding en toepassing van innovaties’ (Kamerbrief VWS, 7 februari 2008).*

Met deze inleidende woorden spraken minister Klink en staatssecretaris Bussemaker ruim acht jaar geleden al uit dat innovatie en een goede en snelle implementatie daarvan essentieel is om het hoofd te bieden aan veranderingen in het zorgstelsel. Veranderingen in de betaalbaarheid van de zorg, maar ook in de verwachtingen over kwaliteit vanuit de samenleving; burgers, cliënten, patiënten.

Stijgende kosten..

Het belang van deze onderwerpen is in de aankomende jaren alleen maar toegenomen. De kosten van de zorg zijn hard opgelopen. Werd in de jaren zeventig nog 8% van het Bruto Binnenlands Product uitgeven aan zorgkosten; tegenwoordig is dit 13% (Harchaoui, S. van der Meer, D. Zafar, S. 2016). Onder andere door vergrijzing lijkt ons huidige zorgstelsel onhoudbaar te worden; de grenzen van wat de zorgsector aan kan komen in zicht (Meijerink, R. 2016). Tegelijkertijd is de verwachting dat de kosten in de aankomende jaren bij ongewijzigde koers alleen maar zullen toenemen, waardoor de financiële druk om dit alles te bekostigen steeds groter wordt.

Veranderende kijk op kwaliteit van zorg..

Tegelijkertijd is er ook sprake van een veranderende kijk op wat kwalitatief goede zorg is, en wat daarin van belang is. Want wat is ‘goed’ en wat is de gewenste manier van organiseren? In dit debat over de waarde en de bedoeling van zorg is een transitie te zien waarin steeds meer de wens ligt om te sturen op **gezondheid en preventie** (gericht op een meer integrale zorgvisie waarin een focus op leefstijl en voorkomen van ziekte de focus heeft) in plaats van **zorgen** (meer gericht op het oplossen van kwalen op curatieve wijze) (Platform Personalized Prevention, 2012) (RVM , 2015). De aanzet tot deze wens is dat verschillende partijen geloven dat zorg meer zou moeten draaien om een integrale aanpak waarin meer wordt ingezet op algemeen welzijn en gezond zijn; waarin preventie een belangrijke rol speelt. Deze verandering wordt onder andere ook ingezet in de beweging van ZZ naar GG (van Ziekte en Zorg,

naar Gezondheid en Gedrag) die kijkt vanuit de overtuiging dat moet worden gefocust op ervaren gezondheid, zelfmanagement en preventie, in plaats van het 'opvangen' en zorgen aan de achterkant van het zorgproces. De boodschap van de voormalig minister en staatssecretaris is dus in volle gang, en spreekt ook duidelijke uit de meer recente ambities van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (hierna: VWS).

In de praktijk

Zo heeft het ministerie van VWS in 2013 negen regionale initiatieven benoemd tot innovatieve proeftuinen met als doel om preventie, zorg en welzijn in samenhang vorm te geven. Het doel van deze proeftuinen was (en is) om de gezondheid van de populatie en de kwaliteit van zorg te verbeteren en de groei in (zorg)uitgaven te beheersen (een streven dat ook wel *Triple Aim* wordt genoemd) (RVM, 2015). Deze proeftuinen richtten zich onder andere op de manier waarop zorg bekostigd wordt, maar ook op de manier waarop (en door wie) wordt samengewerkt om de hiervoor geschetste transitie (van zorg naar gezondheid) te bereiken. Daarnaast staan zorgverbetering en de ontwikkeling van eHealth centraal in de koers van de huidige minister en staatssecretaris (VWS, 8 oktober 2015). En ook de meest recente kamerbrief over preventie (VWS, 25 maart 2016) benadrukt wederom het belang van slimme (technologische) innovaties gericht op preventie en leefstijl.

Toch lastig..

Toch werd in de voortgangsrapportage over preventie geconstateerd dat er al een duidelijke vernieuwingsgolf op gang is, maar dat deze verder nog vaak blijft steken in pilots of kleine gemeentelijke initiatieven. Hierdoor blijft innovatie, en ook innovatie die inspeelt op hiervoor geschetste beweging, vaak steken door verschillende obstakels zoals risico's en bekostiging, angst voor verandering of gegevensuitwisseling (VWS, 8 oktober 2015, p.3).

Belang van nieuwe partijen

Zorgverzekeraars, aanbieders en gemeenten houden zich steeds meer bezig met het nadenken over oplossingen om in te spelen op de hiervoor beschreven veranderingen, maar in de praktijk blijkt dit dus geen gemakkelijke opgave en is er in meer of mindere mate sprake van een 'wicked problem': hoe wordt kwalitatief goede zorg geleverd, tegen een zo laag mogelijke prijs? En hoe worden eerdergenoemde obstakels in de zorg aangepakt op innovatieve wijze?

Hierin wordt steeds vaker de noodzaak gezien tot samenwerking met nieuwe partijen, zeker wanneer het gaat om gewenste innovatieve oplossingen voor de hiervoor geschetste maatschappelijke uitdagingen. Dit is ook niet zo gek, want zoals Bason (2010) al schreef in zijn boek 'Leading public sector innovation':

'Hardly any of society's wicked problems can be solved through the isolated efforts of a single authority'.

Dit maakt dat het speelveld van publieke problemen en oplossingen niet meer bij maar één partij ligt, maar ook nieuwe partijen het veld moeten betreden om na te denken over passende oplossingen (Bommert, B.2010 Bason, Cels et al, 2012).

1.2 Het beroep op de zorgondernemer

Deze nieuwe partij wordt in de zorg steeds meer gezien in de private sfeer waar mogelijkheden worden gezien voor publiek-private samenwerking (Platform Personalized Prevention, 2012, p.24). Het belang van ondernemerschap in de zorg wordt door meerdere partijen onderschreven, onder andere vanuit de politiek, maar ook vanuit de samenleving waar een steeds grotere focus ligt op (sociaal) ondernemerschap. In de woorden van Edith Schippers (in Harchaoui et al, 2016):

'Organisations don't innovate, people innovate'

- Bason (2010), p. 115

'De zorg biedt kansen voor maatschappelijk betrokken ondernemers met lef!

Ook Sander Heijne (Journalist Correspondent Zorg & Welzijn) benadrukte tijdens de Heldcare Demoday nog het belang van juist deze samenwerkingspartner:

'Het belang van innovatieve ondernemers in de zorg is groot, want de zorg heeft mensen nodig die op een nieuwe manier kijken naar wat nu nodig is' (O2).

Ondernemers worden dus gezien als nieuwe partij die juist door deze manier van kijken, en met lef opnieuw kunnen kijken naar de nu openliggende vraagstukken en de uitdagingen in de zorg. Hierin zijn verschillende ontwikkelingen en toepassingen te zien; met name op het technologische vlak. Hierbij is de term eHealth een veelgehoorde toepassing. Dit richt zich op het gebruik van technologie ter ondersteuning over verbetering van de gezondheid (Zorgvisie, 2016).

Veel ondernemers richten zich juist vanwege de mogelijkheden die eHealth lijkt te brengen op deze tak van sport, iets dat ook duidelijk is terug te zien in het aanbod van innovaties op fora als zorginnovatie.nl. Dit roept echter een interessant vraagstuk op; want hoe manoeuvreren deze ondernemers zich eigenlijk in deze hiervoor geschetste wereld van preventie, met verschillende obstakels maar mogelijk ook kansen. Lopen zij tegen dezelfde barrières als traditionele partijen op, of juist niet? En zijn er überhaupt genoeg ondernemers met ideeën gericht op preventie en leefstijl om een rol te spelen in dit speelveld?

1.3 Probleemstelling

Volgens verschillende partijen zijn er ondernemers en ideeën genoeg in de zorg, maar komen deze vaak niet verder dan de pilot-fase en lukt opschaling in veel gevallen niet (Harchaoui et al, 2016, Bason,2010). Dit terwijl wel benoemd wordt dat juist ondernemerschap veel mogelijk kan maken in preventie en ondernemers hierin ook een leidende rol kunnen opnemen om dit te bewerkstelligen. Dit roept de vraag op of deze ondernemers dezelfde barrières ervaren als de hiervoor beschreven meer traditionele partijen, maar ook of zij kansen zien en hier wellicht op inspelen. Hier is echter nog geen onderzoek naar gedaan in het kader van preventie, waardoor inzicht in de ervaringen van ondernemers mist.



Bron: Financieel Dagblad (2016)

Dit terwijl juist deze ondernemer aldus verschillende partijen wel steeds belangrijker wordt voor het bewerkstelligen van innovatie, zeker wanneer dit niet of lastig lukt bij traditionele partijen als gemeenten en aanbieders. Het is dus van belang dat inzicht hierin wordt vergroot, door een focus op de ervaringen van innovatieve ondernemers in preventie.

1.4 Vraagstelling

Deze hiervoor geschetste vragen vormen de kern van dit onderzoek en hebben geresulteerd in de volgende kernvraag:

Welke barrières en kansen ervaren ondernemers in de zorg in het realiseren van innovaties gericht op preventie, en op welke manier reageren zij hierop?

Om deze vraag te beantwoorden zijn verschillende deelvragen geformuleerd zowel theoretisch als empirisch.

Theoretische deelvragen

- Welke barrières en kansen zijn er bekend in het realiseren van publieke innovatie?
- Welke barrières en kansen zijn er bekend in het realiseren van preventie?
- Op welke manier kan publieke innovatie in de zorg geleid en gestuurd worden?

Empirische deelvragen

- Wat zijn de drijfveren van ondernemers om zich bezig te houden met innovatie in preventie?
- Welke barrières en kansen ervaren ondernemers in het realiseren van hun innovatie?
- Op welke manier reageren ondernemers op deze barrières en kansen?

1.4.1. Uiteindelijke doelstelling

De uiteindelijke doelstelling van dit onderzoek is het in kaart brengen van de ervaringen van innovatieve zorgondernemers om zo meer *inzicht* te krijgen in factoren en mechanismen die van invloed zijn op het innovatieproces. Dit zodat actoren en beleidsmakers, betrokken bij innovatie en preventie, weten wat er speelt bij ondernemers en hier ook op kunnen inspelen om zo het innovatieproces te bevorderen en samenwerking in het zorgstelsel met ondernemers te verbeteren.

1.5 Leeswijzer

In de aankomende paragrafen zal de relevantie van dit onderzoek benoemd worden. Daarna zal in het theoretisch kader aandacht worden besteed aan de belangrijke theoretische concepten die een rol spelen in dit onderzoek. Daarnaast zal inzicht worden gegeven in de toegepaste onderzoeksmethode.

2. Relevantie

2.1 Maatschappelijke relevantie

Zoals al bleek uit de inleiding is er een noodzaak tot innovatie én preventie. De kosten van de zorg lopen hard op en er worden hogere eisen gesteld aan de kwaliteit van zorg en gezondheid. Het aantal chronisch zieken stijgt, en de verwachting is dat dit meer zal stijgen, waardoor ons huidige zorgsysteem onder druk komt te staan: verandering en innovatie is dus nodig en mogelijk omdat een groot deel van de chronische ziekten te voorkomen is door het verbeteren van leefstijl (van der Goor, I. O5). Deze benodigde innovatie stagneert echter nog vaak, of komt niet verder dan de pilot fase terwijl met name preventie een *'tough nut to crack'* is voor overheden en traditionele partijen en innovatief ondernemerschap dus van groot belang is (Bason, 2010, p.89). Dit maakt dat het belang van inzicht in de ervaringen van innovatieve ondernemers groot is. Dit onderzoek tracht hier meer inzicht in te geven om zo aanbevelingen te kunnen doen aan zowel ondernemers en beleidsmakers om het innovatieproces te bevorderen en in te kunnen spelen op de transitie naar een zorgstelsel gericht op preventie en gezondheid. Dit zodat deze gewenste maatschappelijke verandering niet alleen op papier blijft staan, maar ook van de grond komt.

2.2 Wetenschappelijke relevantie

Uit de literatuur blijkt dat er al wel door verschillende onderzoekers is gekeken naar samenwerking in innovatie in de zorg in Nederland (o.a. Piek & Hopman, en ook Harchaoui et al, 2016). Meer specifiek zijn daarin ook de huidige (lopende) proeftuinen en de evaluatie daarvan door het RIVM. Ook is er al duidelijk onderzoek gedaan factoren die verduurzaming en ontwikkeling van preventie beïnvloeden (Soeters, M. Verhoeks, G, 2015). Binnen deze lopende of afgeronde onderzoeken is echter vaak de focus op de ervaren barrières en kansen vanuit gemeenten, aanbieders en andere meer traditionele partijen of niet specifiek gericht op preventie terwijl juist hier wordt gekeken naar nieuwe samenwerkingspartners. Nu het belang van ondernemerschap in de zorg, en ook specifiek preventie, steeds groter wordt, is het dus van belang om meer inzicht te krijgen in de beleving van ondernemers om vanuit daar het innovatieproces te kunnen verbeteren en mogelijke barrières weg te nemen en kansen te benutten. Inzicht in de ervaren barrières en kansen en de reactie hierop door ondernemers vormt hierin een waardevolle en nodige toevoeging aan de literatuur. Daarnaast geeft, door de focus op het innovatie **proces**, dit onderzoek tevens vanuit een preventie hoek antwoord op de vraag die Cels, de Jong en Nauta ook al centraal stelden in hun boek 'Agents of change':

'What is most intriguing about their stories is neither the inspired beginning nor the succesful ending. It is what happened in between. We are fascinated by the question: how did they pull it off? '(p.5). 'How did they manage to overcome the obstacle in their way? (2012, p.6)

Voordat deze vraag behandeld zal worden in het resultaten hoofdstuk zal eerst stil worden gestaan bij de theorie die ten grondslag ligt van dit onderzoek.

3.Theoretisch kader

In dit hoofdstuk zal het theoretisch kader uiteen worden gezet, welke de wetenschappelijke bril vormt waardoor dit onderzoek wordt bekeken en geanalyseerd.

Daarbij zal eerst het begrip publieke innovatie worden behandeld evenals de, uit de literatuur bekende, spanningen voortvloeiend uit deze vorm van innovatie. De opvallende lezer zal daarbij opmerken dat het woord spanningen nog niet eerder is gebruikt, maar dat er gesproken is over kansen en barrières. Omdat de kern van dit onderzoek is om bloot te leggen welke barrières en kansen ondernemers ervaren is er echter gekozen om in dit theoretisch kader juist te kijken naar geformuleerde spanningen. Dit zodat in de analyse kan worden geduid hoe bepaalde geformuleerde (en wellicht nieuwe) spanningen worden ervaren door de gesproken ondernemers: als kans of als barrière, of wellicht als beide.

Nadat dit is gedaan zal worden stil gestaan bij het begrip preventie en de daarbij bekende spanningen. Als laatste zal er vanuit verschillende hoeken worden gekeken naar manieren waarop op spanningen in innovatie gereageerd kan worden, en op welke wijze innovatie geleid kan worden. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk zullen, op basis van de gepresenteerde theorie, enkele verwachtingen met betrekking tot de empirie worden geformuleerd.

3.1 Publieke innovatie: wat is en het (niet) en welke spanningen levert het op?

3.1.1 Publieke innovatie

In dit onderzoek staat innovatie in preventie centraal. Wanneer we spreken over innovatie kan een eerste constatering zijn dat dit een breed begrip is welke vragen oproept. Want: welke verschillende vormen van innovatie zijn er eigenlijk, en waarin onderscheid een innovatief idee zich van een simpelweg 'goed idee'?

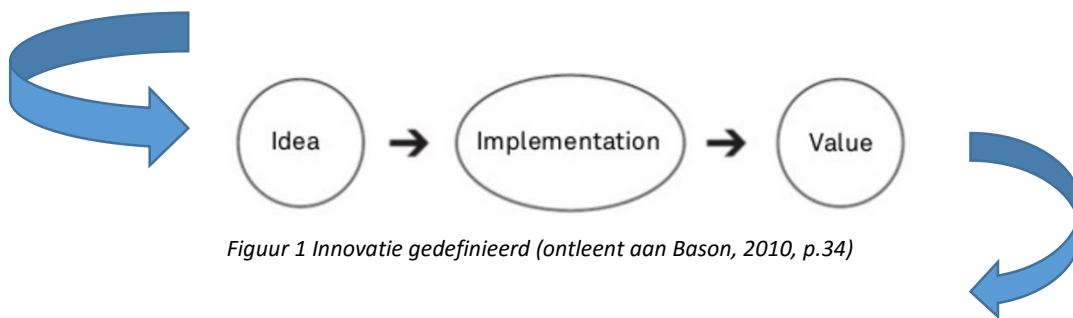
'Innovation is a terrible word. But there's nothing wrong with its content' (Mindlab, 2010, in Bason 2010).

Belangrijk is dat in dit onderzoek niet wordt gekeken naar innovatie in de private sector, maar in de publieke sector. Dit betekent niet dat daarbij private partijen uitgesloten zijn (sterker nog, in dit onderzoek staat de private partij juist centraal), maar dat de innovatie gericht is op het publieke domein en specifiek daarin de zorg. Daarom zal het begrip innovatie vanuit de publieke sector visie worden geformuleerd. Vanwege de introductie van deze private partij in de publieke innovatie cyclus

zal echter later in deze paragraaf nog kort worden stil gestaan bij de implicaties die deze wellicht contrasterende sferen (publiek versus privaat) kunnen hebben in het innovatieproces.

Publieke innovatie: van idee naar waarde

Zoals Bason (2010) omschrijft is publieke innovatie, die innovatie die bestaat uit nieuwe ideeën die waarde creëren voor de maatschappij (p.4). De definitie van Cels, de Jong en Nauta (2012) sluit hierbij aan wanneer zij spreken over sociale innovatie: innovatie gericht op het verbeteren van sociale uitkomsten en het creëren van publieke waarde (p.4). Daarbij benadrukken zij het verschil tussen ontdekkingen, *inventions*, en innovaties: innovaties hoeven (in tegenstelling tot *inventions*) niet 'nieuw' te zijn, maar zijn wel nieuw in een bepaalde situatie. Toch zijn innovaties anders dan simpelweg 'ideeën' in de zin dat zij operationeel gemaakt moeten zijn en worden geïmplementeerd. Innovatie is daardoor pas innovatie als er sprake is van **implementatie**, en waarde daadwerkelijk wordt toegevoegd (Bason, 2010, p.34, Cels et al, 2012, p.4).



Figuur 1 Innovatie gedefinieerd (ontleent aan Bason, 2010, p.34)

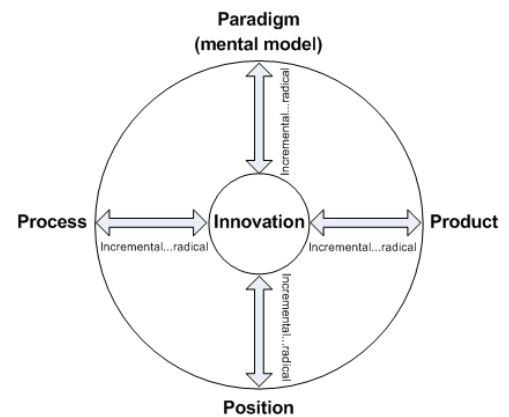
Daarbij geven beide definities de subjectiviteit aan van innovatie: iets is volgens de auteurs innovatief wanneer het **waarde** creëert voor de maatschappij. Moore (2013) benadrukt daarbij dat iets waarde toevoegt, wanneer meerdere partijen erkennen dat er sprake is van waarde creatie. Waarde toevoeging is dus intersubjectief, waardoor innovatie dit ook in de basis is aldus beide definities. Hoe deze waarde verder kan worden herkend beschrijft Moore (2013) in zijn 'Recognizing Public Value'.

Vormen van publieke innovatie

Innovatie gaat dus verder dan 'een goed idee' maar is ook pas een innovatie als er sprake is van goede implementatie en waarde creatie. Daarbij onderscheidt Bason vier verschillende vormen van

innovatie. Innovaties gericht op het proces, posities, producten en paradigma's, waarbij hier daarnaast onderscheid maakt in een meer incrementeel (stap voor stap) of radicaal innovatieproces (2010, p.43).

Hierin is procesinnovatie met name gericht op bestaande organisatiestructuren en het verbeteren van processen in organisaties zelf. Productinnovatie is daarentegen gericht op tastbare veranderingen in producten die worden geleverd aan cliënten en burgers. Bij positionele innovatie wordt een bestaand product of bestaande service in een nieuwe context geplaatst waardoor er een nieuwe betekenis aan wordt gegeven door gebruikers. Deze vorm van innovatie benadrukt het punt dat Cels, de Jong en Nauta (2012) maken wanneer zij aangeven dat innovatie met name nieuw is in een al bestaande context (p.4). De laatste vorm van publieke innovatie richt zich op een verandering van het 'denk frame', oftewel: het paradigma van organisaties, samenwerkingsverbanden of de samenleving.



Deze vier verschillende innovatievormen creëren een model om te kijken naar de verschillen in innovatie, en maken het mogelijk om kritisch te bekijken hoe 'nieuw' een innovatie is, en op welke manier dit dan nieuw is (Bason, 2010). Tegelijkertijd lijkt het model te veronderstellen dat innovatie voor een deel toch in hokjes te plaatsen en duidelijk herkenbaar is. Moore geeft daarbij aan dat er alsnog veel verschillende visies en uitgangspunten zijn over wat exact publieke innovatie is (2005, in Bommert, 2010). En ook Hartley geeft aan dat er nog relatief weinig bekend is over innovatie in de publieke sector (2005, in Bommert, 2010). Dit maakt dat de definitie van Bason (2010) wel richting kan geven in dit onderzoek, maar ook moet worden gezien als een van de definities die hanteerbaar is. Voor nu wordt gekozen voor het hanteren van deze definitie, juist vanwege de breedte van deze en het benoemen van maatschappelijke waarde die wordt toegevoegd.

Dit laatste geeft meer mogelijkheden in het kijken naar de mogelijke drijfveren van ondernemers om te innoveren in preventie (de eerste empirische deelvraag) omdat ook dit zich in meer of mindere mate kan richten op het toevoegen van een bepaalde waarde.

3.1.2. De spanningen in het realiseren van publieke innovatie

In deze paragraaf zal worden stilgestaan bij de spanningen die in de literatuur bekend zijn met betrekking tot het realiseren van publieke innovatie. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat een

belangrijk verschil met de focus van dit onderzoek is, dat deze factoren vaak zijn bekeken vanuit een macroniveau, en niet vanuit één specifieke partij. Met name Bason (2010) maar ook Cels, Nauta en de Jong (2012) richten zich bij het omschrijven van spanningen in publieke innovatie met name op factoren die van invloed zijn in de bredere institutionele context. Juist dit maakt het echter wel mogelijk om een beeld te krijgen van het speelveld van de ondernemer, met mogelijke spanningen, om deze vervolgens als spiegel te houden naast de daadwerkelijke ervaringen van ondernemers. Daarnaast is het opvallend dat de huidige literatuur met name gericht is op spanningen, en zich minder richt op de kansen. Daardoor staat in deze paragraaf met name het dit perspectief van spanningen centraal. Hier zal later in dit theoretisch kader ook nog verder op in worden gegaan.

3.1.2.1. Spanningen in publieke innovatie: veranderingsresistentie, cultuur, en gesloten processen

Bason (2010) beschrijft dat de fase waarin publieke innovatie zich nu bevindt gepaard gaat met veel gesprekken over de barrières en dilemma's die publieke innovators doormaken. Een constatering die ook in dit onderzoek bevestigd is tijdens het zoeken naar benodigde literatuur: er is een duidelijke discours te onderscheiden die in eerste instantie met name gericht is op 'hick-ups, drempels, belemmeringen, hobbels', et cetera. Hierdoor is de lijst met redenen waarom innovatie in de publieke sector spannend is aldus Bason erg lang geworden (2010, p.7). Alhoewel het niet het doel is om in dit theoretisch kader deze lijst nog meer te vergroten geven verschillende van deze spanningen wel goed weer welke spanningen op het pad van de innoverende ondernemer kunnen komen.

De voorliefde voor de status quo: veranderingsresistentie of veranderingsangst?

Cels, de Jong en Nauta (2012) beschrijven verschillende mechanismen die ervoor zorgen dat innovatie vaak niet van de grond komt. De belangrijkste oorzaak is volgens de auteurs dat innovatie bij voorbaat verandering betekent, en dit de status quo verandert. Iets dat op zichzelf al vaak voor veel weerstand zorgt onder andere bij bestaande partijen (p.6).

Ook Bason (2010) benadrukt dat, met name publieke, organisaties gericht zijn op het reduceren van onzekerheid en het behouden van stabiliteit; het 'DNA' van publieke organisaties allesbehalve gericht op verandering en innovatie (p. 7). Omdat in de publieke sector moeilijker kan worden gekeken of een aanpak effectief is kunnen (grote) publieke organisaties innovatie makkelijk tegen gaan, als zij de verandering niet willen zien. In 1532 wist Machiavelli dit al treffend onder woorden te brengen:

‘Men dient namelijk voor ogen te houden dat niets qua voorbereiding moeilijker, qua succes twijfelachtiger en qua uitwerking gevaarlijker is dan zich opwerpen als iemand die vernieuwing wil doorvoeren. Want hij die dat doet, heeft hen die van de oude toestand profiteren tot vijanden, terwijl hij slechts lauwe verdediger vindt in hen die van de nieuwe toestand zouden kunnen profiteren, een lauwheid die gedeeltelijk voortkomt uit het wantrouwen van de mensen, die in feite pas geloven aan vernieuwing als zij deze in werkelijkheid hebben ervaren’ (Machiavelli, N. 2009, p.85).

Dit laatste wordt als andere lastige factor genoemd: innovatie is bij voorbaat nieuw en daardoor vaak nog niet bewezen in tegenstelling tot al het beleid en de aanpakken die al geïnstitutionaliseerd zijn. Dit terwijl vaak uitvoerige legitimering van de inzet van innovatie nodig is, en daardoor de *‘burden of proof’* ligt bij de veranderaar, of in dit geval: de innovatieve ondernemer (Cels et al, 2012).

Daarop aansluitend is deze beweging niet alleen te zien in de totale breedte van de publieke sector, maar ook bij individuele publieke organisaties. Innovatie kan (negatieve) implicaties hebben voor organisaties, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een afname van de productie van organisaties of bestaande banen misschien vervallen. Dit maakt dat organisaties wellicht zullen proberen de innovatie te hinderen (Cels et al, 2012). Bason benadrukt dit wanneer hij aangeeft dat organisaties vaak bang zijn om écht nieuwe oplossingen te bedenken en te implementeren vanwege bovenstaande redenen, en innovatie daardoor geen doorgang vindt (2010). Er lijkt dus zowel sprake te zijn van veranderingsresistentie als ook veranderingsangst: in sommige gevallen zijn organisaties (wellicht terecht) bang voor de mogelijke negatieve effecten van innovatie met als gevolg dat innovatie gehinderd wordt.

Geen cultuur en structuur voor innovatie

Een belangrijke spanning wordt daarnaast ook gezien in het karakter van de publieke sector die volgens hen niet is gericht op innovatie (Cels et al, 2012). Zowel het systeem als de cultuur zou bureaucratisch gedrag bevorderen, en iedere vorm van risiconemen proberen te mijden met oog op kritiek vanuit de samenleving en media.

Met bureaucratisch gedrag wordt bedoeld dat het huidige publieke stelsel is gericht op hiërarchie, vaste regels en strakke documentatie. Iets dat juist tegen de sfeer van innovatie in gaat waarin open data en co-creatie van belang zijn (Cels et al, 2012). Ook Bommert (2010) benoemt dat veel professionals en studenten de *‘schuldvraag’* voor het niet goed lopen van innovatie leggen bij de bureaucratische structuur van de overheid. Hierbij spelen aldus de auteurs hiërarchie, silo-structuren

en top-down processen een belangrijke en centrale rol (zie ook: Harchaoui et al, 2016). Innovatie wordt aldus de verschillende auteurs niet beloond en dus ook niet voldoende bevorderd.

Risicomijding met het oog op de publieke opinie

Bommert (2010) benadrukt daarop aanvullend dat er een cultuur is van risicomijding in de publieke sector die ervoor zorgt dat leiderschap, financiering en experimenteerterruimte, nodig voor het innoveren, wordt beperkt. Bason benoemt zelfs dat risico's niet alleen worden beperkt, maar zelfs sterk worden afgeraden en tegengegaan in de publieke sector (2010, p. 17). Dit is mede door de angst die publieke organisaties delen om te worden beschuldigd door het implementeren of ondersteunen van 'falende' innovaties en ideeën. Ook willen overheden en publieke organisaties niet het idee geven dat ze 'gokken' met publiek geld (Bommert, p.21). Er is dus nog geen sfeer van risico's nemen in de publieke sector, mede vanuit angst van organisaties voor de reacties vanuit de publieke opinie op eventueel falen.

Daarom lijkt het dat de overheid alleen maar in zet op 'one-off' en 'big bang' achtige innovaties: innovatie in reactie op grote bedreigingen. In deze gevallen zorgen publieke overtuiging, media en politieke support ervoor dat er een sfeer is waarin het nemen van risico nemen gelegitimeerd is. Als dit niet zo is, dan is er geen sprake van een *window of opportunity* en is de kans groter dat innovatie strandt (Bommert, p.21). Dit lijkt echter meer op een vorm van crisismanagement zoals omschreven in Noordegraaf (2015) in plaats van bewuste en gewenste innovatiestrategie, wat aantoont dat overheden niet graag lijken te innoveren, tenzij het noodzakelijk is.

Een systeem gericht op de korte termijn

Daarnaast noemt Bason (2010) nog dat het 'framework' in de publieke sector nog niet is aangepast en geconditioneerd voor innovatie. Door de focus op kort termijn successen, en niet op lange termijn oplossingen krijgt innovatie soms te weinig focus (p.15). Wetgeving kan experimenteren amper tot geen ruimte geven (zoals eerder benoemd) en vaste regels en procedures kunnen innovatie laten stagneren. Daarnaast zijn er vaak onvoldoende financiële middelen voor innovatie, waardoor er veel creativiteit nodig is om toch aan financiering van innovatie te komen.

Te weinig focus op burgers en co-creatie

Als laatste noemt Bason (2010) dat de publieke sector vaak nog te weinig écht gefocust is op de wensen van de samenleving, en de burgers waarop zij zich richten. Hierdoor zijn ze vaak nog teveel intern

gericht, en te weinig op de wensen van burgers waarin innovatie een belangrijke rol zou kunnen spelen aldus de auteur. Er is daardoor ook weinig co-creatie met deze en andere partijen zoals ondernemers waardoor het innovatieproces in de publieke sector vaak vrij gesloten blijft en weinig ruimte geeft aan nieuwe spelers en input van andere stakeholders (p.18).

Publiek vs. Privaat: botsende waarden?

Toch is de focus van dit onderzoek gericht op een nieuwe partij in dit hiervoor omschreven gesloten publieke veld. Door de introductie van ondernemers als samenwerkingspartner in het innovatieproces ontstaat er een interessante samenvoeging van twee verschillende sferen: de publieke en private. Deze sferen kunnen samenkomen in een samenwerkingsverband wanneer er sprake is van publiek-private samenwerking (PPS), in dit onderzoek is het van tevoren niet te zeggen of er bij de ondernemers ook sprake is van deze vorm van samenwerking, maar alsnog is het interessant om de mogelijke spanningen in deze samenwerking onder de loep te nemen omdat zij mogelijk kunnen worden ervaren als barrière (of kans).

Zo benoemt Jacobs (1992) al dat er fundamentele verschillen zijn tussen overheid en bedrijfsleven, tussen publiek en privaat. Hierin zou er een botsing zijn tussen de commerciële ethos (*Commercial Moral Syndrome*) en de martiale ethos (*Guardian Moral Syndrome*). Hierdoor staan commerciële waarden als 'winst' en 'superioriteit van de markt' tegenover martiale waarden als 'beschermen, beheren en besturen'. Smit en van Tiel (2002) benadrukken daarin dat er meerdere manieren zijn om publiek-private verschillen en spanningen te categoriseren en halen daarbij ook de indeling van Bovens (1996, in Smit en van Tiel, 2002) aan als voorbeeld van de verschillen in waarden tussen overheid en bedrijven (zie figuur 2).

Bedrijf	Overheid
Leiderschap	Verantwoording
Winst	Algemeen belang
Efficiëntie	Behoorlijkheid
Effectiviteit	Rechtmatigheid
Innovatie	Zorgvuldigheid
Eigen belang	Roeping
Resultaten	Regels
Aanpassing	Anticipatie
Geheimhouding	Openbaarheid

Figuur 2 Verskil in waarden, ontleent aan Smit en van Tiel (2002)

Opvallend is daarbij dat de waarde innovatie wordt geduid als ‘bedrijfswaarde’ terwijl zorgvuldigheid als overheidswaarde hiertegenover wordt geplaatst. Daarbij lijken met oog op het innovatieproces ook verschillen als winst versus algemeen belang, en leiderschap versus verantwoording mogelijke bronnen van spanning te kunnen zijn.

Deze schijnbaar ‘botsende logica’s benadrukt ook Noordegraaf (2015) wanneer hij beschrijft dat er in de publieke sector sprake is van verschillende denk en doe wijzen, vertaalt in logica’s: de professionele, politieke en prestatiegerichte logica. Daarbij zou grofweg gezegd kunnen worden dat de publieke sector zich meer laat kenmerken door de professionele en politieke logica (door zorgaanbieders en beleidsmakers) terwijl de private sector meer gekenmerkt wordt door de prestatielogica. Noordegraaf (2015) benadrukt hierbij dat spanningen tussen deze logica’s niet verwonderlijk zijn, maar desalniettemin niet onderkent of genegeerd moeten worden: door de verschillen en ‘botsingen’ bloot te leggen en positief in te zetten kan er daardoor sprake zijn van wat hij beschrijft als *interplay*: een situatie waarin ogenschijnlijke barrières zowel als spanning als ook kans kunnen worden benut.

3.1.2.2. Kansen in het realiseren van publieke innovatie

Noodzaak tot innovatie

Over het algemeen wordt in de literatuur minder gesproken over kansen, maar meer over de noodzakelijkheid van innovatie als ‘kans’. Onder andere Bason (2010) benoemt dat door de uitdagingen waar beleidsmakers nu voor staan het niet anders kan dan dat innovatie én samenwerking in innovatie wordt gestimuleerd en bevorderd. Uitdagingen in het behalen van ‘productie’, het voldoen aan verwachtingen van burgers, maar ook van de media, en het bij houden van demografische veranderingen worden onder andere door Bason (2010) benoemt als redenen om publieke innovatie ruimte te geven. Ook Bommert (2010) benadrukt dat er een reactie nodig is op de publieke uitdagingen die er nu zijn, en publieke innovatie daarom wel nodig is om het hoofd te bieden aan deze uitdagingen (p.19).

3.1.3. Samenvattend

Samenvattend kan gezegd worden dat publieke innovatie gezien kan worden als een intersubjectief begrip, waarbij de focus ligt op het daadwerkelijk implementeren van nieuwe waarde voor de samenleving. Hierbij zijn meerdere spanningen te onderscheiden, onder andere vanwege het karakter van (publieke) organisaties, de structuur en cultuur in de publieke sector, en de verschillen tussen

publiek en private partijen. De noodzaak tot innovatie kan daarin gezien worden als een mogelijke kans in het proces.

3.2 Preventie: een gezonde definitie met gezonde spanningen?

In dit onderzoek ligt de focus specifiek op innovaties die gericht op **preventie**. Omdat dit een brede term is, die zowel in de wetenschap als in de praktijk verschillend wordt toegepast, is het van belang dat eerst wordt toegelicht wat hieronder wordt verstaan. Daarom zal in deze paragraaf stil worden gestaan bij de vraag wat preventie is en hoe preventie en ondernemers in preventie zich verhouden tot de rest van het zorgstelsel. Daarna zal er worden bekeken welke spanningen hierin zijn waar te nemen.

3.2.1. Wat is preventie?

Preventie is een begrip waar verschillende definities en uitleggen van zijn. Allereerst dient daarbij genoemd te worden dat preventie zelf erg breed is, waardoor in bijna alle gevallen gewerkt wordt met een indeling van verschillende soorten preventie, om zo te komen tot een overzichtelijkere definitie vorming. Daarbij is een eerste belangrijke opmerking dat er in dit onderzoek wordt gekeken naar preventie in het kader van zorg (dus niet preventie van inbraak, schooluitval, et cetera.) Bij de inkadering van het begrip preventie is daarom ook gekeken naar preventie opvattingen vanuit deze 'bril'. Zo is een bekende indeling in preventie die van het onderscheid in primaire, secundaire en tertiaire preventie (Goris, Burssens, Melis en Vettenburg, 2007). De door het College voor Zorgverzekeringen geïntroduceerde indeling is echter een veel gehanteerde indeling en maakt onderscheid in vier verschillende vormen van preventie, met ieder zijn eigen professionals, financieringsstromen en wetten; dit laatste zal later in deze paragraaf nog verder worden toegelicht (College van zorgverzekeringen, 2007, in Platform Personalized Prevention, 2012). Omdat deze definitiehantering het meest wordt toegepast in de gelezen documenten en artikelen is er in dit onderzoek gekozen om deze aan te wenden, om zo zoveel mogelijk aan te sluiten bij de actualiteit.

Universele preventie

Deze vorm van preventie richt zich op het bevorderen van gezondheid van de hele maatschappij. Daarbij kunnen informatievoorzieningen, voorlichtingen en campagnes een grote rol spelen. Hierin is het uitgangspunt 'gezond leven' (Platform Personalized Prevention, p.33). Deze vorm van preventie sluit in grote mate aan bij de beweging die in de literatuur wordt omschreven als de transitie van Zorg en Ziekte (ZZ) naar Gezondheid en Gedrag (GG) die in steeds meer organisaties en beleidsdocumenten

wordt benoemd. Hierin wordt het gezondheid denken als nieuw uitgangspunt wordt genoemd, onder andere aangevoerd door de ‘positieve gezondheidsvisie’ van Machteld Huber (Huber et al, 2015)

‘De omslag van ZZ naar GG betekent dat we ons moeten richten op gedrag en gezondheid in plaats van op zorg en ziekte. Meer investeren in preventie (ook voor chronisch zieken), welzijn, werk en wonen; en zo dicht mogelijk bij mensen thuis en in de wijk’ (Raad voor Volksgezondheid & Zorg, 2010).

Selectieve preventie

Is het voorlichten en opsporen van risicogroepen en het toe leiden of verwijzen van deze groepen naar preventieve programma’s. Dit is vaak gericht op bepaalde gedragsfactoren als roken, drinken en overgewicht. ‘Er op tijd bij zijn’ is binnen deze vorm van preventie van belang (p.33).

Geïndiceerde preventie

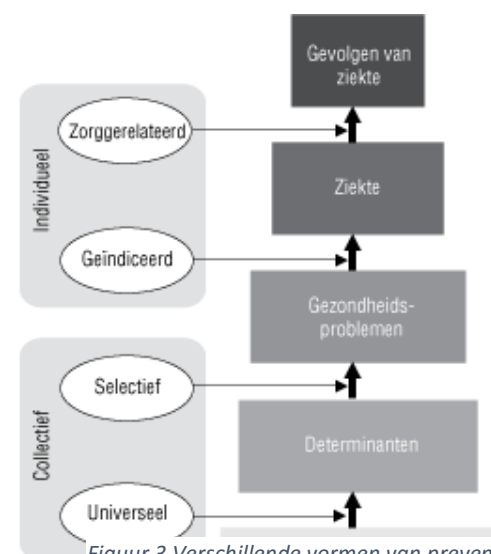
Richt zich op individuen die een verhoogd risico hebben op ziekte, en probeert ziekte daarin te voorkomen. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om de behandeling van een hoge bloeddruk, of hoog cholesterol. Tijdig bijsturen is hierin een belangrijke gedachte (p.34).

Zorg gerelateerde preventie

De laatste vorm van preventie is de zorg gerelateerde preventie. Deze **zorg** is gericht op het voorkomen van complicaties en het verergeren van een ziekte. Het richt zich op de gevolgen van gezondheidsproblemen. De focus ligt hierbij op ‘voorkomen van erger’ en richt zich op groepen die zich al in het zorgproces bevinden (p.34).

Daarbij dient genoemd te worden dat deze laatste vormen van preventie met name gericht zijn op het individu, waarbij de eerdere vormen van preventie (selectief en universeel) vaker gericht zijn op populatie of doelgroep niveau, daarbij het collectief rakende.

In dit onderzoek ligt de focus met name op die elementen die ten grondslag liggen aan de transitie naar Gezondheid en Gedrag. Daarbij spelen verschillende elementen uit de vormen van preventie een rol, zowel in het promoten van gezond gedrag (universele preventie) als ook het werken aan zelfregie en zorg zo dicht mogelijk bij huis (meer selectief of geïndiceerd) .



Figuur 3 Verschillende vormen van preventie (Bron: Nationaal Zorg Kompas)

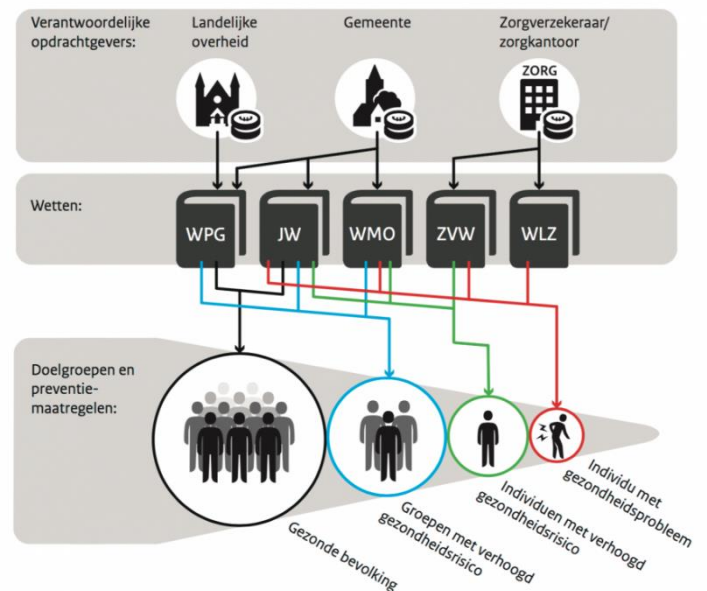
De focus zal juist hier liggen, omdat zoals uit de inleiding en relevantie blijkt dat deze beoogde transitie op dit moment zijn opmars maakt, in beweging is en een antwoord lijkt te geven op de eerdergenoemde uitdaging van de zorg om betaalbare, maar kwalitatief goede zorg te bieden.

Daarnaast is preventie zoals eerdergenoemd een breed begrip. Soeters en Verhoeks (2015) geven daarbij aan dat het de vraag is of een strakke definitie van preventie nog wel aansluit bij vernieuwende vormen van preventie die op dit moment ontwikkeld worden (p.9). In dit onderzoek zal hier dan ook niet gedaan worden, wel licht zoals eerdergenoemd de focus op bepaalde aspecten van preventie welke met name aan de 'voorkant' liggen, en minder aan de daadwerkelijke 'zorg' kant, het meeste raakvlak zal daardoor dus zijn met de eerste vormen van preventie.

3.2.2. Welke wetten en partijen zijn bij preventie gemoeid?

Om een duidelijk(er) beeld te krijgen van de context waarin preventie plaatsvindt in het zorgstelsel is het eerst van belang in te zoomen op de verschillende partijen en wetten die worden 'geraakt' bij het werken aan preventie. Zoals blijkt uit het model op deze pagina zijn zowel overheid, gemeenten als zorgverzekeraars betrokken partijen bij preventie. Opvallend is daarbij dat private partijen als ondernemers niet genoemd worden. De wetten die gemoeid zijn bij preventie verschillen per type preventie.

Universele preventie (gericht op de gezonde bevolking) vindt raakvlakken in de Wet Publieke Gezondheid (WPG) en in de Jeugdwet (JW). Selectieve preventie (gericht op groepen met een verhoogd gezondheidsrisico) heeft daarnaast ook raakvlak met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Geïndiceerde preventie (gericht op het individu met verhoogde kans op gezondheidsrisico's valt buiten de WPG, maar is daarin zoals het doet vermoeden wel geïndiceerd en raakt daardoor de Zorgverzekeringswet (ZVW). Zorg



gerelateerde preventie (gericht op het individu met aanwezige gezondheidsproblemen) valt als laatste (en als enige) ook in de Wet Langdurige Ziekte (WLZ).

Figuur 4 Wetten bij preventie in kaart. (Bron: O5).

Hierin is te zien dat de verschillende partijen ieder voor een eigen deel van preventie (of soms meerdere delen) verantwoordelijk zijn volgens de wet (VWS, 25 maart 2016). Preventie is vanwege zijn veelheid aan definities en doelgroepen, zoals te zien, dus ook versnipperd over meerdere wetten en partijen, iets dat zoals zal blijken uit de volgende deelparagraaf regelmatig tot spanning leidt.

3.2.3. Welke spanningen kan preventie opleveren?

Zoals al eerder naar voren gekomen in de context valt er te stellen dat preventie een ‘spannend’ onderwerp is waarin zowel kansen als barrières lijken te liggen. Evenals bij innovatie spreekt de huidige literatuur met name over barrières en minder over kansen waardoor ook hierin de theoretische uitwerking met name de focus ligt op de meer negatief geduide spanningen in preventie. In een recent onderzoek van Zorgmarkt Advies, in opdracht van VWS, worden meerdere obstakels genoemd in het verduurzamen van preventieve oplossingen (Soeters & Verhoeks, 2015). In dit hoofdstuk zullen deze worden bekeken, ook in het licht van andere uitspraken over spanningen in preventie. Ook hierin valt op dat beschreven spanningen voornamelijk zijn beschreven vanuit institutioneel niveau waarin met name wordt gekeken naar de geformuleerde spanningen vanuit de traditionele spelers in de zorg, hierbij kan gedacht worden aan gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders.

3.2.3.1. Spanningen in het realiseren van preventie

De rol van de zorgverzekeraar en gemeente

Zo wordt onder andere genoemd dat gemeenten en aanbieders vaak nog niet doorhebben dat zorgverzekeraars zich in principe met name richten op hetgeen waar ze verplicht toe zijn. Zorgverzekeraars hebben aldus het onderzoek wel vrijheid om te investeren in preventie buiten bestaande afspraken om, maar lopen daarmee wel het risico omdat dit ‘voor eigen rekening is’. Dit geldt evengoed zo voor gemeenten die aldus het rapport vaak een kritische rol hebben als risicodragende financierende partij (Soeters & Verhoeks, 2015) . Onderzoek van de GGZ (2014) benadrukt dat hierin vaak sprake is van (te) verschillende belangen en visies waardoor samenwerking bemoeilijkt wordt.

Focus op eigen kosten en baten

Een nadeel hierbij is dat bij de vraag om wel of niet te investeren in preventie betrokken partijen veelal gericht zijn op de kosten en baten binnen hun stelsel in plaats van op de maatschappelijke kosten en

baten; een verschijnsel dat ook wel *wrong pocket* wordt genoemd: maatschappelijke baten zorgen wellicht voor kosten bij de organisatie (door omzetverlies) of andersom (Harchaoui et al, 2016).

Centrale aansturing versus lokale preventie

Daarnaast wordt het landelijke karakter van wetgeving (zoals de zorgverzekeringswet) genoemd als obstakel, omdat het niet aansluit bij de lokale schaal van opereren die vaak past bij preventie. Hierin staat dus de centrale aansturing van preventie, tegenover het gewenste lokale karakter van preventie.

Verkeerde prikkels: curatie in plaats van preventie

Als belangrijk(st)e reden wordt genoemd dat de (economische en financiële) prikkels voor een focus op preventie ontbreken in de zorg. Tot nu toe is het zorgstelsel met name gericht op curatie, en op productie aldus het onderzoek. Iets dat in het onlangs uitgezonden tweeluik van Radar, '10 jaar marktwerking in de zorg: wie wordt er beter van?', ook werd benadrukt door verschillende artsen en experts. Daar komt bij dat er volgens de auteurs Soeters en Verhoeks sprake is van een hogere gewenste bewijslast van de (kosten) effectiviteit bij preventieve interventies, ten opzichte van curatieve interventies. De vraag of 'preventie loont' wordt dan ook vaak ter discussie gesteld in de debatten rondom dit onderwerp (zie bijvoorbeeld de uitgebreide maatschappelijke kosten baten analyse van het RVM m.b.t. preventie, 2014). Dit is opvallend, omdat de oplettende lezer zou kunnen opmerkingen dat bij publieke innovatie ook werd verondersteld dat de bewijslast hoger zou zijn dan bij andere vormen van innovatie. Innovatie in preventie lijkt dus een dubbele bewijslast op te leveren.

Angst voor overstappers

Daarnaast lopen zorgverzekeraars bij gebiedsgerichte preventie risico kosten te betalen voor verzekerden van andere zorgverzekeraars. Hoe minder er sprake is van een dominante marktpositie van een zorgverzekeraar in een gemeente hoe lastiger het wordt om preventie te verduurzamen. Als er geen of amper sprake is van een sterke monopolie positie in een streek ligt daardoor de prikkel om te investeren in preventie laag voor een zorgverzekeraar (Soeters & Verhoeks, 2015).

Afbakeningen in preventie

Preventie bestaat zoals eerdergenoemd uit verschillende facetten (van universeel tot zorg gerelateerd). Dit terwijl er geen scherpe scheiding is tussen onder andere selectieve preventie (een verantwoordelijkheid voor gemeenten) en geïndiceerde preventie (zorgverzekeraar). Dit maakt dat er discussie is over wie wat zou moeten financieren. Dit is ook andere terug te leiden naar het hiervoor beschreven stelsel van verschillende wetten en verantwoordelijke partijen die met preventie zijn gemoeid. Toch is dit een interessante constatering, omdat door beide auteurs wordt benoemd dat de

scheiding tussen verschillende vormen van preventie nog niet duidelijk genoeg is, terwijl tegelijkertijd ook wordt aangegeven dat integrale bekostiging mist waardoor kosten en baten niet daar vallen waar ze wellicht zouden moeten vallen (het *wrong pocket argument*). Hier is dus sprake van een schijnbare tegenstelling: enerzijds vormt het missen van een duidelijke scheiding voor onduidelijkheid en spanning, maar anderzijds zou een meer integrale manier van kijken nodig zijn om spanning op te lossen.

Kwestie van de lange adem

Als laatste wordt genoemd dat preventie een zaak is van lange adem. Door complexe wet- en regelgeving, meerdere betrokken partijen en een onzeker proces kent het preventie proces een lange doorlooptijd. In de woorden van de auteurs Soeters en Verhoeks: *'Zonder een grote dosis doorzettingsvermogen is de slagingskans klein'*.

3.2.3.2. Kansen in het realiseren van preventie

Een duidelijke kans ligt aldus de literatuur in het groeiend draagvlak voor preventie. Dit is onder andere te zien in het beleid (zie de verschillende kamerbrieven vanuit de inleiding) waardoor er sprake lijkt te zijn van een *'window of opportunity'* om hierop in te spelen. Daarnaast lijkt er een noodzaak te zijn, omdat er wordt beoogd dat er meer sprake moet zijn van 'voorkomen van' zorg, zodat het zorgstelsel houdbaar kan zijn (Meijerink, 2016). Hierin lijkt preventie dus evenals innovatie in de zorg met name een kans te vinden in het zijn van een 'benodigde' interventies.

3.2.3.3. Samenvattend

Preventie bestaat uit meerdere facetten, die ieder raakvlakken hebben met andere partijen, andere wetten en daardoor ook financieringsstromen. Dat hierdoor spanningen ontstaan die te maken hebben met het missen van een integrale bekostiging, onduidelijke scheidingen, verschillende belangen en verkeerde prikkels is niet verwonderlijk. De breed- en verdeeldheid van het begrip botsen daarin met de silo structuur en centrale aansturing van preventie om dit moment. Toch ligt een kans, evenals bij innovatie, in de noodzaak tot verandering die aanwezig lijkt te zijn. Voordat in de resultaten zal worden stil gestaan bij de wijze waarop ondernemers dit ervaren en hierop reageren, zal in dit theoretisch kader eerst worden stil gestaan bij mogelijke reacties en vormen van leiderschap vanuit de literatuur.

3.3 Wat zijn mogelijke reacties op deze barrières en kansen?

3.3.1 Inleiding

Al eerder werd genoemd dat de zorg ruimte biedt voor ondernemers met lef, en met een frisse blik. Daarnaast wordt het belang benadrukt van een ondernemer of innovator die het innovatieproces goed weet te leiden. Maar is 'leiderschap' dan de oplossing?

Ansal & Gash (2013) stellen van niet wanneer zij aangeven dat alhoewel leiderschap veel invloed heeft, leiderschap zelf wel weer heel erg afhankelijk is van externe factoren. Hierdoor komt er vaak te veel focus op leiderschap zelf, en te weinig op de factoren die daarin van belang zijn en die extern veranderd dienen te worden (p.5) Daarom staan in de eerste plaats eerst, en met name, deze factoren centraal in dit onderzoek, wanneer er wordt gekeken naar de ervaren kansen en barrières. Maar tegelijkertijd benoemen beide auteurs ook juist dat de externe omgeving 'bepaalt' hoe een innovator leidt; het omgaan met deze factoren geeft daardoor meer inzicht in de manier waarop innovators inspelen op deze externe factoren (p.5) Dit maakt het interessant om te kijken op welke manier dit zou kunnen, ook om mogelijke aspecten van leiderschap te herkennen bij de respondenten.

In dit hoofdstuk zal dit dan ook de basis vormen, waarbij de vraag centraal staat welke reacties, en dus mogelijke vormen van leiderschap onder invloed van externe factoren, mogelijk zijn voor innovatieve ondernemers. Dit niet om een 'checklist' te formuleren waaraan ondernemers zouden kunnen voldoen, maar om eventuele reacties en uitspraken van ondernemers meer in te kunnen kleuren.

3.3.2 Reacties vanuit de literatuur

De literatuur biedt inzicht in manieren waarop innovatie kan worden vormgegeven, zij het door grotere partijen of juist door 'kleine' partijen en ondernemers. Deze paragraaf beschrijft met name de manieren waarop geprobeerd kan worden gezien kansen en barrières tóch innovatie te leiden.

Collaboratieve innovatie: samenwerken en opengooien

Bommert (2010) en Sorensen & Torfing (2011) benoemen onder andere het belang en de optie van collaboratieve innovatie. Volgens Bommert is gesloten innovatie niet mogelijk, en moet er worden samengewerkt (p.18). Bommert beschrijft dit echter wel met name vanuit het perspectief van de overheid, waarin hij benoemt dat overheid hierin een eerste stap moet zetten om zo ook minder risico te nemen (p.23). Hierin lijkt hij onder andere een oproep te doen voor meer publiek-private samenwerking, omdat dit ruimte geeft voor nieuwe partijen als ondernemers.

Belangrijk hierin is dat de innovatie cyclus wordt opengebrouwen en risico's worden genomen, hierdoor kan een positieve houding ten opzichte van publieke innovatie en risico worden gevormd bij alle samenwerkingspartners in het innovatieproces.

Verschillende leiderschapsstijlen in de literatuur

Ook Ansal en Gash (2012) benoemen verschillende manieren waarop innovators kunnen reageren, specifiek in de benodigde samenwerking met andere partijen. Zij bouwen daardoor voort op het belang en de inzet van collaboratieve innovatie. Daarbij maken zij een indeling in verschillende leiderschapsprofielen. Leiden als steward, als mediator en als catalyst. Alhoewel deze leiderschapsprofielen niet een op een zullen worden gehouden naast de ondernemers, geven zij wel inzicht in mogelijke reacties.

Bij het leiden als steward is het proces van belang. Hierin zorgt de innovator dat het (samenwerkings) proces goed verloopt en legitimiteit wordt gecreëerd naar buiten toe. Als mediator houdt de innovator rekening met de verschillende stakeholders en creëert hij of zij vertrouwen, wordt conflict beperkt en worden er relaties gebouwd. Bryson (2007) benadrukt het belang van deze 'stakeholder' focus en benoemt dat een goede manager (of in dit geval ondernemer) moet letten op de (hinder)macht én het belang dat verschillende stakeholders hebben. Een stakeholder analyse is aldus de auteur cruciaal nu verschillende partijen steeds meer met elkaar in verbinding zijn en complexe maatschappelijke problemen niet meer door slechts één partij kunnen worden opgelost (Bryson, 2007, p. 23). De laatste leiderschapsvorm die Ansal en Gash (2012) omschrijven is de catalyst. Een catalyst zorgt met name voor effectieve en productieve samenwerking. Hierin is het belangrijk dat mogelijkheden worden gezien. Catalysts begrijpen dat samenwerking en innovatie samen kunnen gaan en elkaar kunnen versterken en zetten dit ook strategisch in, deze laatste vorm sluit in grote mate aan bij de hier eerdergenoemde reactie van collaboratieve innovatie (Bommert, 2010, Sorenson & Torfing, 2011).

Leiden als visionair, enablers, 360 degree innovator en knowledge engineer

Bason (2010) spreekt van een ander onderscheid als hij innovators onder verdeeld in 'visionairs, enablers, 360 degree innovators en knowledge engineers'. Daarin richten visionairs zich op het formuleren van visie, het investeren in ruimte voor innovatie, en het betrekken en meetrekken van betrokken partijen. De *enabler* richt zich op de dialoog over innovatie, maakt strategie en zorgt voor randvoorwaarden om te innoveren. De *360 degree innovator* richt zich op (radicale) probleemoplossing en probeert daarbinnen om verschillen te benadrukken en te omarmen om zo de kwaliteit van de innovatie te verbeteren.

De *knowledge engineer* reflecteert constant op het handelen, let er op dat er voldoende diversiteit is en benadrukt het belang van experimenteren (Bason, 2010, p.243).

Leiden van, of strategie maken op innovatie?

Janssen en Moors (2012) beschrijven daarnaast vanuit de praktijk verschillende waargenomen strategieën van ondernemers met een focus op duurzame innovaties in de zorg. Dit is ten eerste opvallend omdat de hiervoor beschreven reacties hoofdzakelijk zijn benoemd als vormen van leiderschap, en niet zijn aangeduid als strategische reacties. Janssen en Moors (2012) richten zich echter op ondernemers, in tegenstelling tot de hiervoor genoemde auteurs die het leiderschap voornamelijk betrekken op publieke actoren en managers, en spreken over strategieën. De discours van Janssen en Moors is daarmee in lijn met die van Cels, Nauta en de Jong (2012) die het ook hebben over strategieën en tactieken voor *social innovators* (en dus niet publieke managers). Dit zou er wellicht op kunnen wijzen dat bij ondernemers of *social innovators* eerder wordt gesproken in termen van strategie en tactiek, dan bij publieke managers waar de discours meer gericht is op leiderschap. Dit overigens in tegenstelling tot de onderverdeling die eerder in dit theoretisch kader werd aangehaald tussen bedrijf en overheid, waarin juist leiderschap werd benoemd als onderdeel van het DNA van het 'bedrijf/ondernemend perspectief'.

Janssen en Moors (2012) richten zich op specifiek ondernemers en gebruiken daarvoor in het analyseren van de reacties zoals gezegd specifiek het woord strategie. Zo wordt andere netwerken genoemd als belangrijke strategie evenals het vinden van supporters, ambassadeurs, coaches en promotors van de innovatie. Het creëren van draagvlak en 'awareness' is daarnaast een strategie, om zo mogelijke weerstand te verkleinen. Samenwerking wordt benoemd als waargenomen strategie; dit om de beperkte invloed en macht als ondernemer te vergroten. Het demonstreren van de innovatie wordt ingezet om legitimiteit te creëren, hierin lijkt overlap te zijn met de rol als steward waarbij ook een duidelijke focus ligt op het creëren van legitimiteit. Ook het gebruik maken van free-publicity wordt genoemd als strategie evenals het vinden en zoeken van 'flexibele financiering', het bouwen aan en gebruik maken van een gevestigde status en partijen, en het linken van de innovatie met andere maatschappelijke organisaties en doelen (Janssen & Moors, 2012, p.9&10).

Duidelijk maken Janssen en Moors dat er niet één reactie of strategie is voor ondernemers. Ook het aanwenden van verschillende strategieën én rollen maakt dat er een grote diversiteit is.

3.4 Het speelveld van de innovatieve ondernemer in preventie

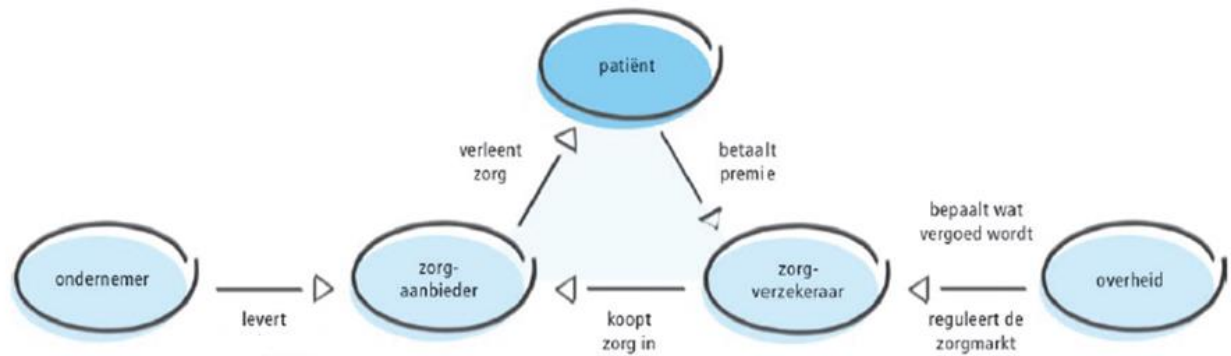
Hiervoor zijn verschillende spanningen in het realiseren van innovatie en preventie benoemt, evenals mogelijke reacties hierop. Dit onderzoek stelt de vraag centraal hoe ondernemers zich manoeuvreren tussen deze spanningen en kansen en op welke manier zij dit ervaren en hierop reageren.

Voordat we dit in de empirie zullen bekijken is het echter belangrijk om meer inzicht te hebben in het speelveld, oftewel de context, waarin ondernemers zich bevinden, dit mede om de behandelde literatuur daarna in de conclusie in een voor dit onderzoek relevant perspectief te zetten. Daarbij zal er kort worden stil gestaan bij de actoren die hierbij betrokken zijn.

3.4.1. Actoren in het innovatieproces

In het innovatieproces heeft de zorgondernemer namelijk te maken met verschillende actoren. In een uitgebreide studie van het Windesheim (2013) is hierin een overzicht gemaakt van belangrijke spelers in het innovatieproces. Uitgangspunt hiervoor is de ondernemer die te maken heeft met eHealth innovaties. eHealth richt zich op het gebruik van technologie ter ondersteuning over verbetering van de gezondheid (Zorgvisie, 2016). Alhoewel in dit onderzoek niet specifiek is gekeken naar eHealth innovaties, moet wel genoemd worden dat het merendeel van de ondernemers, in lijn met de geschetste situatie in de inleiding, in dit onderzoek wel inzetten op innovatieve oplossingen waarin het gebruik van techniek een grote rol speelt. Hierbij kan gedacht worden aan *wearables* (producten als armbanden om hardslag te meten, stappentellers en dergelijke) en online platformen, waarbij de focus ligt op het bijhouden van eigen gezondheid als vorm van preventie.

Er is echter nog geen onderzoek gedaan naar de exacte partijen waar ondernemers met innovaties gericht op preventie mee te maken hebben, wel kan het hiernavolgende overzicht van Windesheim (2013) inzicht geven in het speelveld waar ondernemers zich in bevinden.



Figuur 5 Stakeholders in het innovatieproces (ontleend aan Windesheim, 2013)

Het gaat hier om de ondernemer welke een innovatieve oplossing of aanpak levert, de zorgaanbieder, de patiënt, zorgverzekeraar en de overheid. Vanzelfsprekend is de ondernemer in dit verhaal de partij die de innovatie levert aan de zorgaanbieder, die het product vervolgens bij de patiënt brengt of gebruikt in het leveren van zorg. De zorgverzekeraar zorgt voor de vergoeding van de inzet van dit product, mits deze in de inkoop wordt opgenomen. Dit betaalt de zorgverzekeraar door inkomsten uit onder andere premies van patiënten. De overheid treedt hierin op als partij die bepaalt en reguleert wat er in de zorgmarkt wel en niet vergoed wordt, onder andere middels de Nederlands Zorg Autoriteit (NZA).

Deze hiervoor genoemde partners spelen allemaal andere rollen in het speelveld van de ondernemer. Van stimulerend tot wellicht belemmerend in het bereiken van de gewenste innovatie door de zorgondernemer. Dit dient ook als onderwerp van interesse in deze scriptie wanneer het gaat om specifiek preventie.

Echter, zijn veel van deze actoren niet 'vaststaand'. In sommige gevallen zijn ondernemers wellicht voormalig zorgaanbieder, soms is de 'cliënt' wellicht de samenleving (als er bijvoorbeeld wordt ingezet op meer universele, gezondheidsgerichte interventies) soms is de cliënt een patiënt die al ziek is, maar zieker worden probeert te voorkomen (zorg gerelateerde preventie). Ook kan de professional in de zorg gezien worden als een cliënt, wanneer deze een product moet gebruiken in zijn of haar werk. De type interventie en de achtergrond van de ondernemer bepalen dus ook hoe verschillende actoren staan tegenover de zorgondernemer.

Hierin is het duidelijk dat de ondernemer zich bevindt tussen verschillende partijen die allen bepaalde barrières en kansen kunnen impliceren.

3.5 Conclusie theoretisch kader

Naar aanleiding van dit theoretisch kader vallen er een aantal zaken op die in deze conclusie kort besproken zullen worden. Allereerst valt het op dat het begrip innovatie ‘lastig te vatten is’ waar het begrip preventie erg breed is en een hoop verschillende wetten, partijen en doelgroepen behelst. Innovatie, of preventie, kan dus voor verschillende partijen iets anders uitmaken wat mogelijk ook implicaties heeft voor dit onderzoek.

Beide onderwerpen laten echter wel een aantal spanningen zien, waarbij het opvallend is dat in de literatuur veel minder de kansen worden benadrukt. Iets dat ook wordt bevestigd door Bason (2010) wanneer hij benadrukt dat de huidige literatuur met betrekking tot innovatie met name gericht is op de hobbels, belemmeringen en barrières. Dit maakt het belang van een nieuwe focus op kansen in dit onderzoek extra groot. Reacties op deze spanningen door strategisch of ‘leidend’ gedrag zijn legio, waarbij in eerste instantie het begrip ‘leiderschap’ in innovatie eerder wordt benoemd in de context van publieke managers, terwijl juist leiderschap ook wordt genoemd als een facet van de meer bedrijfs/ondernemingsgerichte visie. Dit roept de vraag op of leiderschap in innovatie in de literatuur meer wordt bestempeld als een eigenschap passend bij publieke managers, in plaats van bij (sociale) ondernemers.

In het volgende schema is geprobeerd de meest genoemde spanningen en kansen samen te vatten zodat dit een beeld kan geven van het speelveld waarin de ondernemer zich bevindt.

	Spanningen	Kansen
Innovatie	Systeemspanningen Veranderingsresistentie Geen cultuur en beloning voor innovatie Bewijslast voor de innovator Verschillen in publiek en private waarden	Noodzaak tot Innovatie en preventie als ‘window of opportunity’
Preventie	Kosten en baten vallen elders Verkeerde prikkels in bekostiging ‘Macht’ van bestaande partijen Hogere bewijslast voor preventie Kwestie van de lange adem Onduidelijkheid over preventie	

Duidelijk is hierbij dat veel van deze factoren herleidbaar zijn tot de structuur en de cultuur in de publieke sector, en specifiek in de zorg. Een andere opvallende zaak is dat in beide gevallen wordt genoemd dat er sprake is van een hoge bewijslast, iets dat voor innovatie ondernemers in preventie kan gelden als een dubbele uitdaging.

Voor de reacties geldt dat er twee onderverdelingen te maken zijn, zij het meer geformuleerd vanuit leiderschapsperspectief of strategisch perspectief. De volgende tabel vat dit nog kort samen.

Leiderschapsreacties op spanning	Strategische reacties op spanning
Samenwerking zoeken	Samenwerking, netwerken en het vinden van coaches, ambassadeurs
Vertrouwen creëren	Demonstreren van innovatie
Visie creëren en overbrengen	Linken van innovatie met andere organisaties
De dialoog op gang brengen	Flexibele financiering
Belang van innovatie benadrukken	Free-publicity

Mogelijke reacties zijn daarin met name gericht op samenwerking, het creëren van de juiste randvoorwaarden voor samenwerking (zoals het creëren van vertrouwen) en het ruimte geven voor visie en innovatieruimte.

Als laatste is in dit theoretisch kader een overzicht gegeven van de betrokken partijen in het innovatieproces. Het is de verwachting dat bij innovatie gericht op preventie wellicht nog andere partijen een rol spelen in het innovatieproces, of hier benoemde actoren wellicht een andere verhouding hebben ten opzichte van de ondernemer. Dit zal echter vanuit de empirie moeten blijken, en komt dan ook later bij de resultaten aan bod.

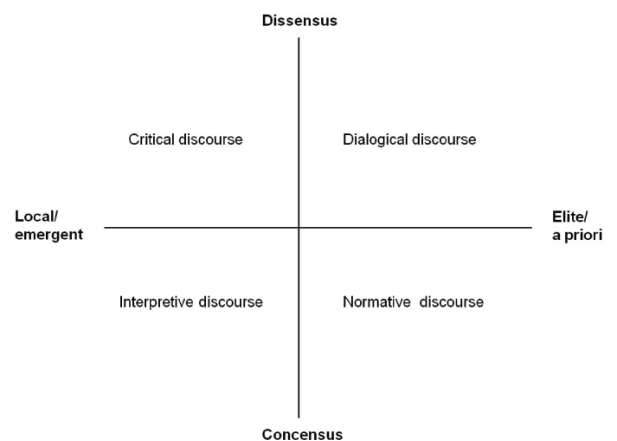
Dit theoretisch kader geeft richting aan het onderzoek en kan daardoor zorgen dat reacties van ondernemers beter kunnen worden geduid en gekleurd. Tegelijkertijd zullen de niet worden gebruikt als startpunt van de interviews, in eerste instantie zijn daarin de antwoorden en interpretaties van de ondernemers leidend. De wijze waarop dit exact gedaan zal worden zal in het volgende hoofdstuk beschreven worden.

4. Methoden & Technieken

4.1 Wetenschapsfilosofische positie

Dit onderzoek richt zich op de ervaren barrières en kansen in het innovatieproces door ondernemers in de zorg. Dit zou gedaan kunnen worden vanuit een postmoderne inslag waarbij de werkelijkheid niet als een gegeven wordt gezien welke meetbaar is, maar meer ter discussie ligt. De kritische theorie zou daarnaast een rol kunnen spelen in het aantonen van machtsverhoudingen en belangrijke discoursen (Deetz, 1996). Echter, deze twee posities sluiten niet voldoende aan bij het doel van het onderzoek. Omdat het doel van het onderzoek is om belevingen en ervaringen van ondernemers te brengen is gekozen voor een meer interpretatieve positie waar de focus ligt op ervaringen en betekenisgeving aan bepaalde factoren die van invloed zijn (Deetz,1996). Tegelijkertijd is er, om voldoende te kunnen duiden welke factoren dit zouden kunnen zijn, ook in het theoretisch kader op positivistische wijze geprobeerd om een goed beeld te geven van de nu al bekende theorie rondom de onderwerpen innovatie en preventie. Hierdoor is het onderzoek niet volledig interpretatief, nog volledig positivistisch maar zijn er met beide wetenschapsfilosofische posities raakvlakken te constateren.

Zowel de interpretatieve als de positivistische positie gaan uit van het vaststaan van de bestaande werkelijkheid. Hierin staat vast dat de waarden en normen die worden benoemd en waargenomen in interviews of observaties werkelijkheid zijn, en een weerspiegeling van de werkelijkheid zijn. Dit wordt 'consensus' genoemd en staat tegenover de 'dissensus' visie die de werkelijkheid meer ter discussie stelt (Deetz,1996).



Figuur 6 De verschillende invalshoeken (Bron: Deetz, 1996)

Een belangrijk verschil tussen beide posities (interpretatief versus positief) zit in de rol van theorie in het onderzoek. In de interpretatieve positie staat de 'local/emergent werkwijze' centraal: dit houdt in dat de onderzoeker eerst data verzamelt door zich tussen in de onderzoeksomgeving te plaatsen en vanuit daar de theorie vormt. Bij de positivistische positie (in het schema 'normative discourse' genoemd) wordt er op een andere wijze naar theorie gekeken. Volgens de 'elite/ a priori werkwijze' komt theorievorming vóór het daadwerkelijke data vergaren. Hierin worden ook verwachtingen met betrekking tot de empirie middels hypothesen

uitgesproken.

In dit onderzoek is informatie verzameld door het afnemen van interviews met respondenten en observaties om vanuit daar een theorie te vormen (de *local/emergant* werkwijze). Er zijn van tevoren geen stellige hypothesen gesteld. Daarentegen is er vanuit de gevonden data geprobeerd ervaringen in kaart te brengen. Om deze reden is het theoretische kader van dit onderzoek vooral bedoeld om belangrijke theorie in kaart te brengen die de aanzet vormt voor dit onderzoek, en zijn hierin geen hypothesen gevormd. Wel is er wel degelijk sprake van een theoretisch begin van dit onderzoek van waaruit ook verwachtingen spreken met betrekking tot de resultaten. Dit maakt dat er ook duidelijk positivistische facetten zijn te herkennen en beide wetenschapsfilosofische een rol hebben gespeeld in dit onderzoek.

Daarbij wordt er in ieder geval vanuit gegaan dat de sociale werkelijkheid, zoals deze omschreven wordt door de respondenten, de realiteit weerspiegelt (dit sluit aan bij de *consensus* werkwijze). De combinatie van het benaderen van de data als waarheid en deze niet te bekritisieren en openstaan voor informatie die opkomt tijdens interviews levert, terwijl er tegelijkertijd sprake is van een theoretische achtergrond levert **een overwegend interpretatieve en deels positivistische onderzoeksbenadering** op (Deetz,1996).

4.2 Onderzoeksmethoden

4.2.1. Kwalitatief onderzoek

Er is in dit onderzoek gekozen voor de kwalitatieve methode. In de kwalitatieve methode is (ten opzichte van de kwantitatieve methode) meer ruimte voor beleving, interpretatie en 'woorden' in plaats van cijfers en 'harde' bewijzen. Dit sluit beter aan bij de hoofdvraag en wetenschapsfilosofische positie die hiervoor is beschreven. Dit omdat voor het onderzoeken van de barrières en kansen juist een focus op verschillende perspectieven en meningen van ondernemers belangrijk is. Daarnaast is er nog weinig bekend over deze ervaringen in het licht van de focus op preventie.

Daarbij zal het onderzoek vooral **explorerend** van aard zijn en onderzoeken hoe ondernemers het innovatieproces beleven en op welke manier zij hierop reageren. Behalve dat kwalitatief onderzoek meer gericht is op woorden, is er ook een inductieve kijk op de relatie tussen theorie en onderzoek, waarbij theorie voortkomt uit empirische gegevens in het onderzoek (Bryman, 2012,p.380).

Bij een aanwending van de kwalitatieve methode past een interpretatieve epistemologische positie, waarbij het begrijpen en in kaart brengen van de werkelijkheid wordt vormgegeven door de interpretatie van individuen. Daardoor kan de wereld gezien worden als een uitkomst van interacties tussen individuen en is zij constant veranderlijk. Dit wordt ook wel het ontologisch gevolg genoemd (Bryman, 2012, p.380). Voor dit onderzoek houdt dit in dat theorie wel aangewend wordt, maar er geen hypothesen worden gevormd voor de aanvang van het onderzoek. In de analyse en conclusie zal de theorie met name een ondersteunde rol vervullen.

4.2.2. Comparative design

Er is binnen de kwalitatieve methode gekozen om met een *comparative design* te werken voor het beantwoorden van de centrale vraag in dit onderzoek. De voordelen hiervan zijn dat het de mogelijkheid geeft om meerdere cases te onderzoeken en verschillen en overeenkomsten te analyseren. Binnen de kwalitatieve methode geeft een comparative design vooral de voorkeur om data te vergaren aan de hand van interviews met respondenten bij twee of meer cases (Bryman, 2012, p.76). Op deze manier ontstaat er een combinatie van selectiecriteria voor de mogelijke respondenten; deels gericht op *similar cases* (rondom min of meer dezelfde vorm van preventie), maar wel met mogelijke andere innovaties en innovatieprocessen (*different cases*) (Douglas, S. 4 maart 2015).

Binnen deze methode is gekozen voor het interviewen van respondenten om data te vergaderen. Deze data zal worden aangevuld met observaties naar aanleiding van het bezoeken van congressen passend bij de onderzoeksvraag. Beide methoden zullen hier na kort worden toegelicht.

4.2.3. Semigestructureerde Interviews

In dit onderzoek is voor het vergaderen van empirische data gekozen voor het afnemen van interviews. Dit omdat deze methode het meest inzicht geeft in de ervaringen van respondenten en meer ruimte geeft om door te vragen naar ervaringen en eventuele aannames.

Door de zienswijze van de respondenten te bevragen kan er naar de werkelijke ervaringen worden gekeken. Dit wordt gedaan door middel van semigestructureerde interviews, aan de hand van een topiclijst (zie bijlage I). Deze topiclijst is een lijst met thema's die behandeld kan worden in een interview. De topiclijst wordt gebruikt om een zekere mate van gelijkheid in elk interview te creëren en om zo het analyseren van de data gemakkelijker te maken. De topiclijst is in dit onderzoek

samengesteld aan de hand van de literatuur vanuit het theoretisch kader. Hierin staan in eerste instantie de antwoorden van ondernemers zelf centraal. Hierdoor is de topic lijst niet vaststaand, maar fluïde en kan deze worden aangevuld met bevindingen naar aanleiding van de interviews. De topiclijst helpt verder om de focus te blijven houden op de relevante zaken voor de deelvragen. Omdat vanuit de interpretatieve invalshoek de lokale context zeer belangrijk is, is er voor semigestructureerde in plaats van gestructureerd interview gekozen. Deze semigestructureerde interviewmethode laat ruimte open om door te vragen op de verhalen en belevenis van respondenten. Deels vanwege de gevoeligheid van het onderwerp (het bespreken van eventuele pijnpunten en ervaren barrières) is er gekozen om voor interviews voldoende tijd te reserveren bij de respondenten. Hierdoor zijn alle interviews met ondernemers gemiddeld een uur durend.

4.2.4 Observaties

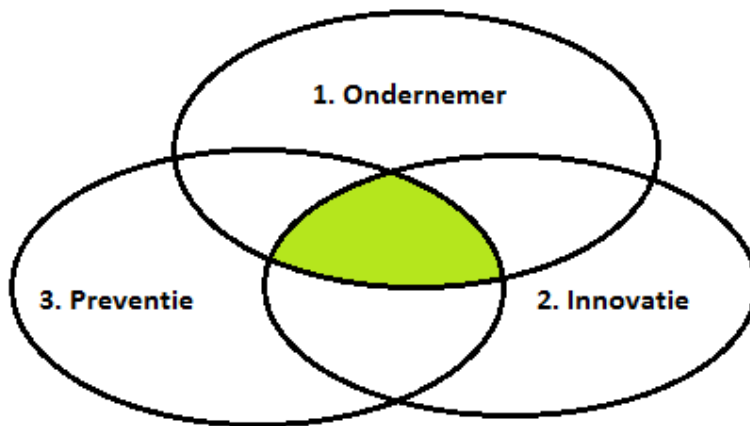
Naast het afnemen van interviews is in dit onderzoek ook data vergaard aan de hand van observaties naar aanleiding van het bezoeken van verschillende onderzoeksthema-gerichte congressen en bijeenkomsten (zie ook: bijlage II). Dit om meer inzicht te krijgen in het onderwerp en het onderzoek aan te vullen en te voorzien van meer achtergrondinformatie. Hiervoor zijn bijeenkomsten gezocht die gecentreerd zijn rondom de thema's: (financiering van) preventie en innovatie in de zorg. Tijdens deze bijeenkomsten zijn notities gemaakt en quotes opgeschreven van aanwezigen. Deze observaties zijn vervolgens uitgewerkt en geanalyseerd, waarbij er vanwege het aantal observaties (5) gekozen is voor het handmatig coderen.

4.3 Selectiecriteria respondenten en bijeenkomsten

4.3.1 Methode respondenten

In dit onderzoek zijn meerdere ondernemers geïnterviewd die zich bezighouden met innovaties gericht op preventie in de zorg. Om dit te waarborgen zijn drie selectiecriteria gekozen (zie figuur 1):

1. De respondent is een ondernemer of werknemer bij een onderneming (hij/zij is afhankelijk van inkomsten uit dit werk)
2. Hij of zij is betrokken bij de implementatie van een innovatieve oplossing of aanpak
3. Deze innovatieve oplossing is gericht op een vorm van preventie



Figuur 7 Selectiecriteria voor respondenten

De respondenten zijn benaderd via verschillende wegen. Hierbij is een belangrijk uitgangspunt geweest dat het bij selectiecriteria 2 moet gaan om innovatieve aanpakken die positief worden aangeschreven door instanties of andere ondernemers. Dit om te voorkomen dat de uitkomsten van barrières en kansen te veel zouden kunnen liggen bij barrières door de innovatie zelf, maar eerder op de omgeving waarin het innovatieproces zich afspeelt. Dit om beter aan te sluiten bij de focus van dit onderzoek. Hierbij is onder andere gebruik gemaakt van het netwerk van 'zorginnovatie.nl' en social enterprise en de tips van andere ondernemers of stakeholders in het zorg innovatieproces.

Daarnaast zijn de overige sleutelfiguren gekozen op hun betrokkenheid bij het onderwerp van dit onderzoek. Hierbij is gekeken naar respondenten met expertise in innovatie en preventie.

4.4 Analyse van de interviews

De interviews en observaties zijn geanalyseerd door deze uit te werken. Voor de volledigheid van de data en de kwaliteit van de analyse is ervoor gekozen om dit bij de interviews woord voor woord te doen. Met behulp van het analyseprogramma 'n Vivo' zijn de teksten van de interviews geordend en gecodeerd, hierna is één code boom ontstaan die de basis vormt voor het doen van uitspraken en conclusies met betrekking tot de belangrijke factoren. Deze codeboom is te vinden als bijlage bij dit onderzoek. Zoals hiervoor aangegeven zijn de observaties handmatig gecodeerd en doorgenomen.

4.5 Betrouwbaarheid en validiteit

In ieder onderzoek spelen daarnaast betrouwbaarheid en validiteit een belangrijke rol voor de legitimiteit van de gedane uitspraken (Silverman,2011). Om deze reden zal in deze paragraaf omschreven worden op welke wijze deze onderdelen toegepast en gecontroleerd zijn.

4.5.1 Betrouwbaarheid

Bij betrouwbaarheid is het van belang dat bij een herhaling van het onderzoek de resultaten weinig tot niks zullen afwijken. Hiervoor is het belangrijk dat de resultaten zo min mogelijk beïnvloed zijn door toevallige omstandigheden en zoveel mogelijk ‘controleerbaar’ zijn (Silverman, 2011). Voor dit onderzoek zijn dan ook verschillende stappen genomen om de betrouwbaarheid te vergroten.

Ten eerste zijn alle genomen stappen wat betreft de casus, de data vergaring en de analysemethode zo uitgebreid mogelijk omschreven zodat het inzichtelijk is hoe het onderzoek is uitgevoerd. Doordat dit zo transparant mogelijk is omschreven is het mogelijk om dit onderzoek opnieuw te doen (Silverman, 2011,p.360).

Ook zijn alle interviews opgenomen en vervolgens woord voor woord uitgewerkt. Deze transcripties hebben het mogelijk gemaakt dat er nauwkeurig gecodeerd kon worden. Aan de hand van alle uiteindelijke transcripties is een codeboom ontstaan waarin ook is te zien hoeveel keer een bepaalde code is gebruikt en door hoeveel respondenten deze code of factor is aangehaald. Omdat in het onderzoek veelvuldig citaten worden aangehaald is het dankzij de uitvoerige transcripties beter mogelijk deze in de context van het interview te zien. Dit heeft voorkomen dat willekeurige citaten uit interviews zouden worden gebruikt. Het uiteindelijke doel hiermee is een hoge mate van betrouwbaarheid van de resultaten die worden beschreven vanuit de interviews (Silverman, 2011, p.365-366). De observaties en fieldnotes zijn daarnaast ook uitgeschreven zodat gedachten en eventuele aannames ook terug te herleiden en te interpreteren zijn.

4.5.2. Validiteit

Wanneer het over validiteit gaat, gaat het volgens Hammersley (1990) om de vraag in hoeverre de uitkomsten en resultaten uit het onderzoek de werkelijke sociale werkelijkheid representeren (Silverman, 2011, p.57). Om ervoor te zorgen dat de data die in dit onderzoek naar voren komt aan dit kenmerk voldoet zijn er verschillende maatregelen genomen.

De literatuur geeft verschillende methodes om de validiteit te vergroten. Zo kan er onder andere gewerkt worden aan de hand van '*triangulatie*'. Dit houdt in dat er verschillende soorten data worden verzameld om te kijken of deze overlappen (Silverman, 2011, p.369). Omdat er echter specifiek wordt gekeken naar de ervaringen van ondernemers is er niet voor gekozen om over te gaan tot een document analyse als extra data, wel zijn er naast de **interviews** verschillende **observaties** gedaan op congressen. Deze observaties maken het mogelijk om te kijken naar eventuele overlap, en het spiegelen van de benoemde ervaringen aan ervaringen en uitspraken van andere spelers betrokken met innovatie in de zorg. Ook is er door de **interviews met sleutelfiguren** in het speelveld geprobeerd om uitspraken van ondernemers in de context te plaatsen zodat meer informatie beschikbaar is over de generaliseerbaarheid van de uitspraken. Op deze manier is er wel geprobeerd om triangulatie toe te passen in dit onderzoek ten bate van de validiteit.

Als laatste is er om de validiteit te bevorderen is er in ieder interview zoveel mogelijk geprobeerd antwoorden van respondenten te herhalen om te controleren of deze goed begrepen werden. Dit om er zekerder van te zijn dat uitspraken en belevingen goed overgebracht worden in de verdere uitwerking van de interviews. Ook de tijdsduur van de interviews met ondernemers (minstens 45 minuten en veelal ruim een uur) heeft ervoor gezorgd dat er voldoende ruimte was om door te gaan op belangrijke punten, maar deze ook te controleren door soms de vraag op andere manieren te stellen.

Door deze maatregelen is er getracht een zo hoog mogelijke mate van betrouwbaarheid en validiteit te waarborgen binnen dit onderzoek.

4.6 Doelstelling onderzoek

Het doel van dit onderzoek is om meer **inzicht te krijgen** in de ervaringen van innovatieve ondernemers die zich bezighouden met preventie. Bevindingen die hieruit voortvloeien kunnen zowel ondernemers als beleidsmakers en betrokken stakeholders helpen om gewenste veranderingen beter te kunnen organiseren en een gunstig innovatieklimaat te creëren zodat oplossingen gericht op preventie kunnen slagen en verdere opschaling van innovatie en preventie mogelijk wordt.

4.7 Leeswijzer

In de volgende paragraaf zullen de resultaten van dit onderzoek worden gepresenteerd. Hierna zullen conclusies worden getrokken uit deze resultaten. Als laatste volgt een afsluitende discussie met ruimte voor aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

5. Bevindingen

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zullen de bevindingen van dit onderzoek gepresenteerd worden. De hoofdvraag van dit onderzoek is als volgt:

Welke barrières en kansen ervaren zorgondernemers in het realiseren van innovaties gericht op preventie, en op welke manier reageren zij hierop?

Deze hoofdvraag wordt beantwoord door het stellen van de volgende deelvragen:

- *Wat zijn de drijfveren van ondernemers om te innoveren in preventie?*
- *Welke barrières en kansen ervaren ondernemers in het realiseren van hun innovatie?*
- *Op welke manier reageren zij op deze barrières en kansen?*

De bevindingen naar aanleiding van de gehouden interviews en observaties zullen worden gepresenteerd in dit hoofdstuk. Hierna zal worden gekeken welke conclusies kunnen worden getrokken vanuit het voorgaande. Vervolgens zal in de discussie worden gekeken welke kanttekeningen geplaatst kunnen worden bij dit onderzoek. Als laatste is er in discussie ruimte voor aanbevelingen voor vervolgonderzoek en de betekenis voor de bestaande literatuur en praktijk.

5.2 Drijfveren voor innovatie in preventie

Zoals al bleek uit de inleiding en het theoretisch deel van dit onderzoek zijn er verschillende spanningen in het realiseren van innovatie en preventie. Daarbij zou de vraag kunnen ontstaan wat redenen zijn voor ondernemers om wél tijd, geld en energie te investeren in het realiseren van innovaties gericht op preventie, juist vanuit een ondernemend perspectief. Deze vraag werd dan ook door verschillende omstanders gesteld tijdens dit onderzoek, onder andere op de bezochte congressen (O2, O3). Dit heeft ertoe geleid om tijdens interviews ook de vraag toe te voegen waarom ondernemers tóch inzetten op preventie. In deze paragraaf wordt eerst stil gestaan bij de genoemde drijfveren. Hierna zal stil worden gestaan bij de barrières en kansen die ervaren worden in het proces om deze innovaties te doen slagen.

5.2.1 Innoveren vanuit passie & overtuiging

De zorg beter maken

In de interviews benadrukken verschillende ondernemers dat zij met name innoveren in preventie vanuit hun overtuiging en visie op wat er anders kan en moet in de zorg. Verschillende ondernemers noemen daarbij dat zij de zorg ‘beter’ willen maken. Daarnaast wordt als andere drijfveer om te innoveren de wens genoemd om impact te maken en grote groepen mensen te bereiken (R4,R8,R11,R13). Ook zijn er ook ondernemers die aangeven dat de innovatie voortkomt vanuit een vraag van buitenaf, bijvoorbeeld door een zorgaanbieder die op zoek is naar een oplossing voor een gesignaleerd probleem (R6,R11). In dit geval is er nog steeds sprake van de wens om verbetering te brengen, maar is de motivatie naast intrinsiek ook extrinsiek gefundeerd.

‘Wij wilden de zorg in Nederland verbeteren, dat is onze missie’

R4

‘Ja, jij noemde dat net mooi van sociale ondernemers... Ik denk de keuze die wij maken om dat [innoveren in preventie] wel te doen iets zegt over onze maatschappelijke betrokkenheid en onze eigen rol die we daarin willen hebben!’ (R11).

Overtuiging: voorkomen beter dan genezen

Naast de meer algemene wens om verbetering te bereiken in de zorg delen de meeste ondernemers specifiek de wens om dat te doen op preventief gebied. Mensen een leven lang gezond houden (R8), voorkomen, liever dan genezen (R4), en voorkomen van erger (R6) worden daarbij genoemd als belangrijke drijfveren. Daarnaast is er bij sommige ondernemers ook sprake van een persoonlijke ervaring of werkachtergrond die invloed heeft gehad op de keuze voor een preventieve aanpak (R7,R11).

‘Dat is echt vanuit mijn fitness verleden, daar kwamen voornamelijk volwassenen en met overgewicht. Toen ben ik gaan kijken naar een systeem dat je zo vroeg mogelijk kan inzetten, het liefst bij kinderen, en dat je op een positieve, liefst zo leuk mogelijke manier kan verwerken zodat die routine wat anders kan lopen. Dat was wel de belangrijkste drijfveer daarachter’ (R7).

Bij de meeste ondernemers is het duidelijk dat zij willen investeren in preventie en gezondheid, ook omdat dit volgens hen ‘*common sense is*’. Zeker met de toename van chronisch ziekten wordt

benadrukt dat innoveren in preventie niet meer dan logisch is lijkt te zijn (R4, R5). Hierdoor laten ondernemers, zij het wellicht impliciet, ook doorschemeren dat zij zich verbazen dat niet iedereen in de zorgwereld dit zo lijkt te zien.

'Ik weet niet of je de uitdrukking 'voorkomen is beter dan genezen' kent, dat is een vrij basaal iets haha!'
(R4)

Dat het logisch is om in te zetten op preventie wordt daarnaast ook nog benadrukt op een bijgewoond congres waarin wordt aangegeven dat investeren in preventie loont, omdat 25% van de chronische ziekten wordt beïnvloed door leefstijl: iets dat beïnvloedbaar is en het dus 'waard' om op in te zetten (O5). Deze observatie sluit zoals blijkt aan bij de visie op preventie van verschillende ondernemers en benadrukt daarnaast ook de maatschappelijke relevantie die eerder in dit onderzoek is benadrukt voor het investeren en innoveren in preventie.

5.2.2. Innoveren als noodzaak

Daarbij geven sommige ondernemers aan dat ze naast een eigen overtuiging dat preventie en gezondheidsbevordering belangrijk is het ook zien als 'oppakken wat blijft liggen'. In de woorden van een respondent:

*'In ieder geval er werd weinig gedaan, toen hebben we besloten zelf een initiatief te ontwikkelen waar consumenten of patiënten gebruik maken van een nieuwe techniek. En zo is onze organisatie ontstaan. Als zij ['traditionele partijen'] het niet oppakken **dan doen wij het wel** (R9).*

Ook het idee van 'er moet iets gebeuren' komt naar voren in de belevenis dat innoveren in preventie ook wél moet vanwege alle bezuinigen en opdravende kosten (R9, R11,R13). Hierin zou er meer preventief, in plaats van reactief gereageerd moeten worden om het hoofd te bieden aan alle veranderingen (R9). Ondernemers benadrukken daarin dat zij zich genoodzaakt zien om problemen in de zorg aan te pakken en juist mogelijkheden zien om hierop op innovatieve wijze in te spelen waar traditionele partijen dit niet doen.

5.2.3. Innoveren als uitdaging: pionieren in een groeimarkt?

Uit de interviews blijkt als laatste ook dat meerdere ondernemers aangeven dat juist de spanningen van innoveren en investeren in preventie onderdeel zijn van het zijn van een ondernemer. Dit omdat

juist in preventie nog weinig wordt gedaan qua innovatie, en het daarom als uitdaging wordt gezien om hier verandering in te brengen. Sommige respondenten noemen dit ook wel 'pionieren' (R9, R13).

'Dat vind ik ook wel de uitdaging om daar [de markt van gezondheid en vitaliteit] juist in te stappen en.. ja ik denk altijd dat je beter in een groei markt kan stappen, dat is mijn persoonlijke overtuiging als ondernemer dan in een markt die al relatief stabiel is en waar de posities al uitgekristalliseerd zijn' (R13).

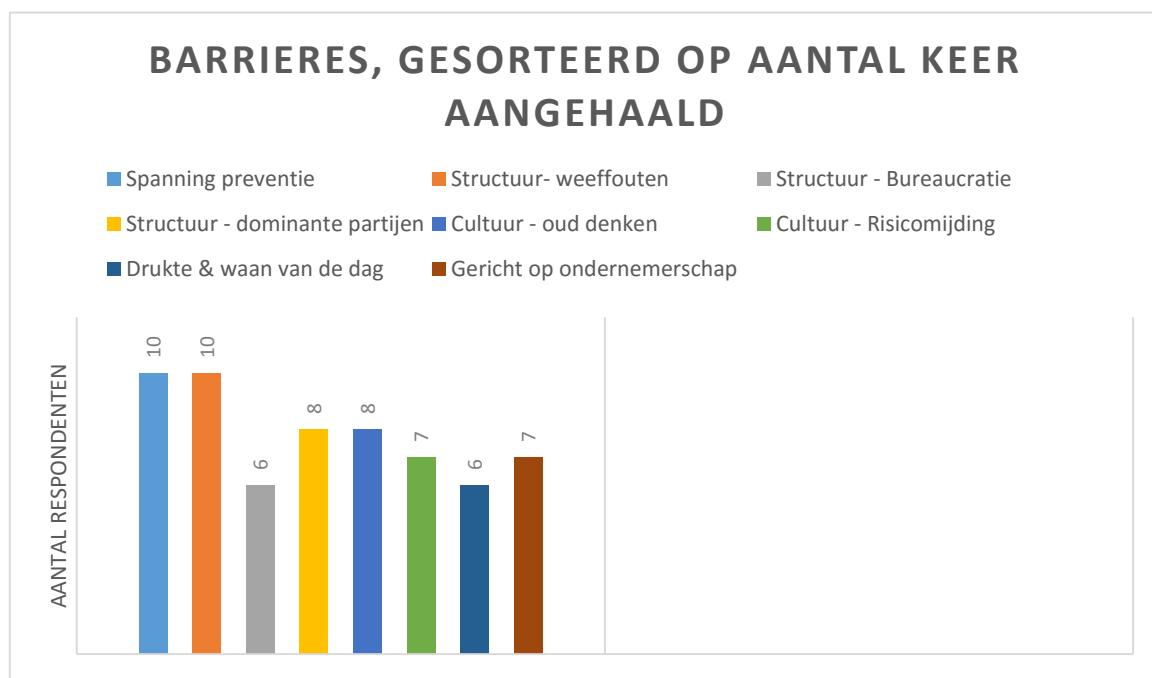
Hieruit spreekt de uitdaging van het pionieren in een bewegelijk speelveld, als drijfveer om juist wél te innoveren in preventie. Ook omdat hierin nog veel ruimte lijkt te zijn tot verbetering en verandering, ook al wordt dit misschien nog niet altijd geaccepteerd door andere partijen. Iets dat een andere ondernemer ook benadrukt:

'Ja, maar goed het is ook van als wij wachten tot wanneer dat geaccepteerd dan ben je sowieso te laat, dus je moet nu.. dat idee en dat concept voorbereiden zodat dus als de nieuwe tools komen dat je die makkelijk kunt implementeren!' (R9)

Ondernemers innoveren dus in preventie om verschillende redenen. Met name vanuit een visie op de zorg en de mogelijkheden tot verbetering van de zorg. Maar ook vanuit een gesignaleerde noodzaak, en de uitdaging die innoveren in preventie brengt, juist als ondernemer zijnde. Ogenschijnlijk positieve drijfveren, maar toch ervaren diezelfde ondernemers veel barrières in het proces om deze drijfveren in de praktijk handen en voeten te geven. Deze barrières staan in het volgende hoofdstuk centraal.

5.3 Barrières in het innovatieproces

Bij het behandelen van de barrières is het van belang om op te merken dat het hier gaat om ervaren belemmeringen, in sommige gevallen kan het zijn dat dit geen belemmering **hoeft** te zijn in de praktijk, maar wel zo wordt **ervaren** door ondernemers. Deze ervaren barrières zien ondernemers terug in zowel structuur als cultuur, en lijken soms inherent aan het zijn van een ondernemer in de zorg. Een overzicht van de verschillende barrières volgt hierna.



Figuur 8 Overzicht barrières (Bron: Auteur)

Hierbij valt op dat allereerst op dat de spanningen ontstaan door het zijn van een preventieve aanpak door meerdere respondenten worden aangehaald als barrière in het innovatieproces. Volgens veel ondernemers werken deze spanningen door in veel andere geformuleerde barrières en vormen ze daarmee de basis lijken voor het kijken naar barrières in het innovatieproces. Daarom zal in dit hoofdstuk eerst stil gestaan worden bij deze spanning.

5.3.1. De spanningen van preventie

Veel van de genoemde barrières en kansen hangen volgens ondernemers samen met de aard van preventie. Omdat deze 'spanningen' verder doorwerken in deze paragraaf zal hier eerst op worden ingegaan.

5.3.1.1. Outcome lastig en laat meetbaar

Een belangrijke factor in preventie is dat de effecten van eventuele innovaties vaak lastig meetbaar zijn, voor zowel ondernemers als andere stakeholders. Waar het in het algemeen al lastig is om in een businessplan duidelijk te maken wat de mogelijke effecten zijn van een innovatie, wordt dit bij preventie nog meer gezien als een struikelblok omdat uitkomsten vaak pas zichtbaar zijn na veel jaren. Het is daardoor, een kwestie van 'de lange adem' (R10,R13). Daarbij is het ook de vraag wat de invloed van de innovatie is op een eventuele gezondheidsverbetering omdat er ook sprake is van een groot deel dat afhankelijk is van andere externe en interne invloeden als sociaaleconomische omstandigheden en erfelijke factoren (R1, R2, R11, O5). Dit maakt het voor ondernemers lastig om exact te bekijken wat de (te verwachten) uitkomsten zijn van hun interventie, wat als gevolg heeft dat er mogelijk een minder sterk businessplan tot stand komt (R11, R13):

'Ik bedoel één keer een verkeerde griepvrij per jaar zorgt al voor zoveel extra ziekte, daar kan je helemaal niks aan doen' (R13).

Daarnaast maakt juist deze grote tijdsspanne tussen interventie en mogelijke gevolgen dat het voor eventuele investeerders, zoals aanbieders, gemeenten of verzekeraars, lastig in te schatten is wat en wanneer het behaalde rendement duidelijk is. Dit geldt evengoed voor patiënten of cliënten: omdat soms gevolgen van gezond of ongezond gedrag pas zichtbaar zijn over tientallen jaren, is er weinig tot geen prikkel om hierin energie en geld in te investeren.

'Ja dat hè, maar ook de tijd tussen het ongezonde gedrag en het ontstaan van ziekte. Als dat pas over 20,30,40 jaar is.. dan is het veel moeilijker ook voor partijen om daar in te investeren (R11)'.

De spanning is dus duidelijk zichtbaar doordat er een lange tijd zit tussen inzet en uitwerking van een eventuele interventie, waarbij ook nog eens vraagtekens kunnen worden gezet bij de mate waarin een interventie 'verantwoordelijk' is voor een bepaald positief effect op gezondheid. Dit maakt investeren in een innovatie niet altijd aantrekkelijk voor zowel investeerders als ook patiënten of cliënten want: is de investering in tijd en geld het wel waard?

5.3.1.2. Kosten en baten vallen elders

Een andere spanning binnen preventie is dat het volgens verschillende respondenten vraagt om een brede integrale aanpak, terwijl de huidige structuur uitgaat van verschillende domeinen, met ieder verschillende bekostigingssystemen. Hierdoor vallen kosten en eventuele baten vaak op andere plekken: een verschijnsel wat ook wel ‘wrong pocket’ wordt genoemd (Harchaoui et al, 2016). Wanneer een aanpak zorgt voor minder zorgbehandelingen in het ziekenhuis liggen deze ‘kosten’ bijvoorbeeld bij het ziekenhuis door het missen van omzet, terwijl besparingen hier niet terecht komen (R4, R6, R12).

‘De kosten en de baten vallen elders, en dat zie je hè. Zoals een longarts die heeft gewoon letterlijk verteld dat ze een innovatie hadden, bij VWS gepresenteerd zelfs, de opnames werden gereduceerd met de helft en toch werd het innovatieve project na twee jaar weer gestopt, want: waarom? Een ziekenhuis loopt ook gewoon budget mis als ze minder opnames hebben’ (R12).

Hierin is duidelijk een pervers effect van de wijze van financiering te zien: investeren in iets dat volume vermindert loont niet en heeft dus als gevolg dat het niet van de grond komt, ook al heeft het wel een positieve uitwerking voor de kwaliteit van zorg.

5.3.1.3. Het gaat over leefstijl

Een andere genoemde spanning bij preventie is dat het veelal gaat om de leefstijl van mensen, en bemoeienis hierin niet altijd gewenst wordt of in ieder geval gevoelig ligt (R1, R2, R7). Zo kunnen in eerste instanties juist groepen waarvoor innovaties zijn bedoeld afhoudend zijn voor een aanpak, terwijl juist voor deze doelgroep de aanpak het meest effect kan hebben (O5). De volgende quote (tijdens één van de congressen) geeft aan hoe gevoelig dit onderwerp soms is:

Deelnemster aan leefstijlproject: *‘Toen zei iemand tegen mij: ‘Je neigt naar obesitas’, nou, toen zei ik [verontwaardigd]: ‘Helemáál niet, ik ben gewoon veel te dik’.*

Daarbij kan volgens sommige respondenten het geluid klinken dat leefstijl iets is waar men zich niet mee moet bemoeien, omdat we in Nederland uitgaan van keuzevrijheid en autonomie van de burgers (R1, R2). Tegelijkertijd geeft een respondent het volgende aan:

'Het is weleens een misverstand dat preventie, dat dat gaat om de bemoeienis met de leefstijl van mensen en het beperken van hun keuzevrijheid. Maar dat is absoluut niet het geval, want iedereen moet zelf weten wat hij doet of laat. Maar dan moet je ook de gevolgen voor je rekening nemen, en dat is natuurlijk nu niet het geval wanneer het gaat om gedrag dat gezondheidsconsequenties heeft' (R2).

5.3.1.4. Onduidelijkheid over definitie en innovatieve gehalte van preventie

In de aanloop en gaandeweg dit onderzoekstraject is meerdere malen de vraag gesteld wanneer er nu sprake is van een innovatieve oplossing, hoe dit 'meetbaar' is en hoe dit getoetst kan worden. Daarbij is het opvallend dat de mening over innovatie in preventie tegenstrijdig kan zijn. Zo gaven meerdere respondenten aan dat investeren in preventie op zichzelf al kan worden gezien als een innovatie (R1, R2, R3):

'Preventie is, als je ervan uitgaat dat er nu te weinig in preventie wordt geïnvesteerd, en je wilt er meer in investeren, dan zal dat altijd een vernieuwing betekenen, dan kan je zeggen: dan is dat in zijn soort altijd al innovatie' (R3).

Dat 'uitgaande dat er te weinig in wordt geïnvesteerd in preventie' wordt door een andere respondent in een ander daglicht gezegd door te stellen dat er al heel veel aan preventie wordt gedaan, zeker wanneer preventie wordt gezien als voorkomen van verder ziek worden (R12). Er zijn al veel screenings, uitstrijkjes en andere vormen die worden ingezet om vroeg te signaleren en verdere ziekte te voorkomen.

'Dus eigenlijk is preventie een heel breed begrip [...] en dan wordt weleens net gedaan alsof er of niks gebeurt, alsof een hele nieuwe beweging is die gestart moet worden: nee het gebeurt eigenlijk al, alleen er zou natuurlijk nog wel op bepaalde terreinen misschien meer kunnen gebeuren' – (R12).

Deze uitspraak dat preventie ook al zit in al het voorkomen van erger, en het vroeg signaleren benoemt een respondent ook als iets dat typisch is voor gemeenten en overheden (R11). Dit terwijl ondernemers zelf vaak een andere visie lijken te hebben op wat preventie is, meer gericht op de promotie van gezondheid en het monitoren van eigen (on)gezondheid (R9, R13). Een ondernemer bevestigt nog dat juist hierin een grote slag te slaan is:

'Als dit lukt wat we willen en 50% minder mensen zijn ziek, de helft, haha, dat is natuurlijk, dat is een gigantische innovatie [heel blij] die impact van die innovatie is oneindig, dat is 40 of 50 miljard ofzo bij wijze van spreken, dat is oneindig groot' (R4) en later: Preventie is wat mij betreft helemaal niet innovatief, maar hoe je het voor elkaar kan krijgen. Daar zijn wij nu druk mee bezig! (R4)

Wat hierin duidelijk is, is dus dat het merendeel van de geïnterviewden (logischerwijs) aangeeft dat investeren in preventie bij voorbaat al innovatief is, maar dit wellicht ook te maken heeft met de manier waarop preventie wordt geformuleerd. Als dit meer wordt gedaan met een focus op universele preventie (gezondheidsfocus) is er een andere visie op het innovatieve gehalte dan wanneer er wordt beredeneerd vanuit meer zorg gerelateerde preventie, waarin de oplossing vaak zijn gericht op 'voorkomen van erger'. Dit kan communicatie tussen ondernemers en gemeenten bemoeilijken omdat er wordt uitgegaan van andere percepties op preventie. Onduidelijkheid over het effect, en het innovatieve karakter van preventie *an sich* hangt dus ook samen met de kijk op wat het precies behelst en zou kunnen opleveren. Daarbij is er ook verschil in mening of preventie loont (R4) of juist financieel misschien niet loont (R6). Dit voorgaande kan juist zorgen voor een kans, maar ook redenen zijn tot mogelijke barrières zoals in de interviews naar voren is gekomen. In de paragraaf hierna zal hierop verder worden gebouwd wanneer deze beiden worden behandeld.

5.4 Barrières in structuur: weeffouten, perverse prikkels en toetreding

De grootste barrière wordt door ondernemers gezien in de huidige structuur van het zorgstelsel. Alle ondernemers refereren bij het benoemen van barrières naar een of meerdere pijnpunten die terug te leiden zijn naar het huidige systeem. Deze zou goede financiering en opschaling bemoeilijken en de positie van aanbieders en professionals verstevigen, ten nadele van nieuwe partijen.

Wat daarbij opvalt is dat ondernemers de verschillende factoren die worden benoemd als barrière soms *framen* als structuurfout, maar soms ook als cultuurfout. Dit maakt een al te zwart-witte onderverdeling van barrières niet mogelijk, maar ook niet wenselijk, omdat deze verschillende interpretaties ook juist in het licht van dit onderzoek interessant zijn. Om toch enige structuur in dit onderzoek toe te passen is per genoemde barrière gekeken op welke wijze deze door de meeste ondernemers is *geframed* zodat een grove onderverdeling wel mogelijk is. Daarbij vallen verschillende barrières, gelieerd aan structuur op, die hierna zullen worden behandeld.

Globaal zijn binnen deze barrière structuur **drie sub barrières** te herkennen:

- Het huidige systeem, met bijbehorende (soms perverse) prikkels in de bekostiging
- Het bureaucratisch karakter van de zorg
- Toetreding tot de markt onder andere door de positie van gevestigde partijen

5.4.1. Het huidige systeem

Het huidige zorgstelsel wordt door verschillende ondernemers als barrière in het innovatieproces gezien. Een ondernemer omschrijft het zelfs als ‘vechten tegen’ een bestaand systeem (R4).

5.4.1.1. Niet gericht op preventie

Hierbij wordt als voornaamste reden benoemd dat de huidige infrastructuur met name is gericht op de achterkant van het zorgproces; op het financieren op het moment dat er al zaken zijn fout gegaan, en ziekte al daar is (R1, R2, R9). Daarmee zijn prikkels om te investeren in preventie beperkt (R2). Dit sluit aan bij de spanning in het verduurzamen van preventie die Soeters en Verhoeks (2015) benoemen in hun analyse wanneer zij spreken van een focus op curatie in plaats van preventie.

‘Dus.. er wordt nog steeds heel weinig geïnvesteerd in preventie en iedereen snapt dat dat meer moet zijn en tegelijkertijd is het hele systeem en alles wat wij hebben bedacht met elkaar niet ingesteld om daar fors op te investeren’(R13)

Daarbij dient wel het verschil gemaakt te worden tussen financiering en bekostiging, waarbij dit laatste gericht is op het systeem zelf, terwijl het eerste gaat over het aantrekken van extern kapitaal (R12). Aangezien de bekostiging meer zegt over de inrichting van het systeem wordt er in deze paragraaf voornamelijk op dit aspect ingegaan.

5.4.1.2. Geen integrale bekostiging: rare verdeelsleutels en een zoektocht naar een betalende partij

Hierbij wordt genoemd dat bij preventie een integrale aanpak en financiering van cruciaal is, maar dat dit haaks staat op de manier waarop dit moment zorg wordt aangestuurd en bekostigt. ‘Rare verdeelsleutels’ (of zoals eerder genoemd *wrong pockets*) zorgen ervoor dat kosten en baten niet op dezelfde plek vallen met als risico dat als er geen andere afspraken worden gemaakt er niks gebeurt (R10). Dit hangt samen met het ontbreken van een integrale bekostiging, waar nu vooral nog binnen schotten en binnen kolommen en budgetten wordt bekostigd, iets dat ook al in het theoretisch kader bleek bij het behandelen van de verschillende wetten en betrokken partijen in preventie.

‘Alleen waar het, langzaam gaat nog steeds is: preventie. Omdat uiteindelijk gewoon de financiering van preventie nog steeds lastig is zolang het over kolommen blijft gaan’ (R5).

De oplossing daarvoor zou volgens ondernemers zijn om meer in te zetten op bijvoorbeeld gezonde polissen: zorgverzekeringen die gezond gedrag belonen, of nieuwe vormen van bekostiging zoals populatiebekostiging (zie het kader hiernaast voor meer informatie) (R4, R7).

Tegelijkertijd geeft een ondernemer aan dat dit niet 1,2,3 zal gebeuren omdat (systeem) verandering niet gemakkelijk wordt bereikt:

‘Ja, als je alles uit één pot doet is het makkelijk. Maar dat gaat niet gebeuren, dat kan je niet zomaar allemaal veranderen nu’ (R5).

Een uitspraak die opvallend genoeg ook duidelijk wordt herhaald tijdens een bezocht congres met de naam ‘Inspiratieconferentie Preventie’. Een conferentie gericht op het inspireren van zorgaanbieders, verzekeraars en gemeenten om meer bezig te gaan met preventie (O5). Hierin werd benadrukt dat (grote) systeemveranderingen niet het doel zouden moeten zijn; iets dat opvallend is in het licht van de bevindingen in dit onderzoek die aantonen dat dit wél als één van de grootste barrières wordt ervaren door ondernemers in de zorg. Tegelijkertijd kan dit wellicht ook verklaard worden vanuit de focus van de conferentie op gemeenten en zorgverzekeraars; partijen die meer gewend zijn te werken in de bestaande structuur.

5.4.1.3. Wie betaalt er eigenlijk voor preventie?

Daarnaast wordt als genoemde barrière genoemd dat het vaak onduidelijk is wie precies verantwoordelijk is, en betaalt voor preventie.

‘Wij krijgen wel vaak dan de vraag: wie betaalt, wie investeert, wie heeft er profijt? En dat is eigenlijk een weeffout in Nederland, hoe we dat hebben georganiseerd, ook de scheiding tussen gemeentelijke zorg, wmo, langdurige zorg, eerstelijns.. etcetera’(R11)

Het vinden van de ‘betalende’ cliënt is een duidelijke hobbel in het innovatieproces aldus verschillende ondernemers (R4, R8, R11, R13). Moet dit een gemeente zijn, een eventuele werkgever, de patiënt, de (nu nog gezonde) burger? Vanwege de veelheid aan wetten, en spreiding van verantwoordelijkheden in het huidige stelsel wordt er regelmatig door partijen met de vinger naar een andere partij gewezen (bijvoorbeeld van patiënt naar zorgverzekeraar, en vice versa).

Populatiebekostiging houdt in dat zorgaanbieders één bedrag krijgen per inwoner of verzekerde in de eigen populatie ongeacht of deze inwoner of verzekerde nu zorg gebruikt of niet. Dit stimuleert doelmatig werken, en met name preventiegericht werken: hoe gezonder de burger/patiënt, immers, hoe minder beroep er op de zorgpartijen zal worden gedaan.

Het meest bekende voorbeeld van zo’n populatiebudget komt terug in het abonnementstarief voor de huisarts: voor iedere ingeschreven patiënt ontvangt de huisarts een vast bedrag, hoe vaak een patiënt ook bij de dokter komt. Voor dit bedrag dient de integrale huisartsenzorg te worden geleverd (KPMG Plexus, 2013).



'Iedereen wijst nu naar elkaar met de vraag: 'Wie gaat dat betalen?'. Dan zeg ik: Uh ja jij pannenkoek [doelend op zorgaanbieder], dan zoek je dan maar uit hoe je dat weer vergoed krijgt. Als je timmerman bent heb je toch ook een hamer nodig, dan koop je die. Dan ga je ook niet vragen wie betaalt dat. Het is je werk, het is je gereedschap. Maar dat leeft nog niet' (R5).

Hoe dan ook: de structuur en bekostiging in de zorg maakt dat een integrale aanpak lastig is, terwijl ondernemers in preventie juist het belang benadrukken van dit voorgaande. Systeemverandering lijkt daarin niet snel te worden verwacht, terwijl dit wel de makkelijkste oplossing lijkt voor deze barrière.

5.4.1.4. Bekostiging van aanbieders en zorgverzekeraars: strakke budgettering en perverse prikkels

Dat de bekostiging van preventie lastig is blijkt ook uit de manier waarop zowel aanbieders van zorg als zorgverzekeraars worden gebudgetteerd. Volgens ondernemers is dit doorgaans met verkeerde productieprikkels en een (te) strakke budgettering waardoor preventie geen voorrang krijgt (R6, R7).

Perverse prikkels: meer produceren wordt beloond

Zo is de overtuiging dat doordat zorgverleners betaald krijgen voor 'productie' (een simpele p maal q) voorkomen van zorg niet beloond wordt:

'Daar lopen wij op een aantal plekken tegenaan dat.. ziekenhuizen en zorgverleners betaald krijgen om iemand in het ziekenhuis te zien. En niet om iemand uit het ziekenhuis te houden'(R7).

Deze vreemde productieprikkel zorgt er voor dat overproductie, eerder dan onderproductie, wordt bevorderd, een these die ook door Radar wordt benadrukt in een documentaire over marktwerking in de zorg (Radar, 2016). Daarin geeft voormalig Vicepremier Wouter Bos aan dat 'er geen enkele prikkel is om minder zorg te leveren, minder te produceren'.

Deze perverse prikkel raakt de eerdergenoemde spanning in preventie waarbij kosten en baten elders lijken te vallen. Doordat meer produceren meer oplevert dan minder is het moeilijk om partijen blijvend over de streep te halen om in te zetten op preventie (R6).

Weinig middelen: strakke budgettering

Daarnaast wordt ook aangegeven dat de huidige budgettering en het steeds 'strakker worden' daarvan weinig ruimte geeft voor verzekeraars en aanbieders om anders na te denken over de besteding van het budget (R6). Dit probleem neigt daarin meer naar een financieringsprobleem dan naar een bekostigingsprobleem, omdat dit niet vastligt in de structuur maar komt door onvoldoende middelen. Dit geldt volgens een ondernemer vooral voor gemeenten, waarbij wordt aangegeven dat deze vaak te weinig financiële middelen hebben om te investeren (R13). Dit wordt grotendeels

geweten aan de in de inleiding al genoemde oplopende kosten, waardoor bezuinigingen doorgezet worden in alle lagen van de zorg. Daarin lijkt al het beschikbare budget van aanbieders, verzekeraars en gemeenten in eerste instantie vooral te gaan naar het 'laten draaien van de zaak' waarin preventie, zo (b)lijkt geen grote rol speelt aldus sommige ondernemers. Beheren komt op deze manier eerder dan experimenteren op de (financiële) agenda. Dit raakt ook aan het eerder genoemde verschil tussen private en publieke partijen, door Jacobs (1992) benoemt: de overheid lijkt zich meer te richten op beheren en behouden, dan op vernieuwen en veranderen. Iets dat in grote mate ook het punt van cultuur raakt, waar later verder op ingegaan zal worden.

5.4.1.5. *Het subsidiekarakter van de publieke sector*

Waar financiering lastig loopt doordat er weinig middelen zijn, of niet over schotten heen kan worden gekeken benoemen enkele ondernemers ook dat het lastig is dat er in de publieke sector sprake is van een groot 'subsidiegehalte'. Dingen worden soms wel kort gefinancierd, maar een duurzame financiering lijkt te missen, wellicht door voorgaande punten (R9, R13).

'Het is heel ad hoc, en dat is hoe ga je nou iets financieel duurzaam maken? Dat is bij heel veel interventies en projecten op preventie het lastige ja' (R7).

Dit subsidiekarakter lijkt juist voor preventieve oplossingen onwenselijk, omdat hierin juist een langetermijnvisie (en ondersteuning) van belang is.

5.4.2 De positie van gevestigde partijen: moeilijke toetreding, grote afhankelijkheid

Ondernemers benoemen daarnaast als grote barrière dat toetreding in de zorgmarkt op dit moment lastig is. Hierbij worden voornamelijk zorgverzekeraars benoemd in het kader van barrières, maar ook de positie van zorgaanbieders speelt daarin een rol. Dit terwijl deze beide partijen vaak juist cruciale samenwerkingspartners zijn in het innovatieproces. Dit maakt ondernemers in grote mate afhankelijk van deze partij.

'Ja die heeft aan de ene kant te maken met de ondoorgroendelijkheid van die markt, die dominantie van de gevestigde partijen die vaak met allerlei subsidies aan elkaar hangen, met overheidsgeld, waar je heel gefrustreerd van raakt omdat je denkt die leveren echt niet goed werk, maar jullie gaan maar door' (R3).

Hierin komt naar voren dat de dominante positie van bestaande partijen niet alleen nadelig is voor nieuwe toetreders, maar er ook voor kan zorgen dat de kwaliteit van zorg niet zo goed is als deze

mogelijk zou kunnen zijn wanneer toetreding wel gemakkelijker was. Het systeem is dus kortgezegd niet makkelijk toegankelijk voor nieuwe partijen, in het voordeel van de traditionele partijen die een stevige positie in kunnen nemen (R3).

5.4.2.1. Aanbieders

Daarbij geeft een ondernemer aan dat in veel gevallen de zorgaanbieder écht nodig is voor het doorvoeren van innovaties, omdat met name ouderen nog erg kijken naar de aanbieder als betrouwbare bron wanneer het gaat om de zorg (R11). Daarin hebben, in de woorden van Bryson (2007), aanbieders een grote mate van ‘hindermacht’ wanneer zij ervoor kiezen een bepaalde innovatieve oplossing niet te gebruiken of te noemen.

‘Maar je ziet dat zonder de medewerking van de zorg, zonder de professionals, dat je het ook niet goed kunt laten landen bij, in die zorgbranche’ (R11).

Dit heeft ook grotendeels te maken met de cultuur in de zorg, waar later in dit hoofdstuk nog verder op in zal worden gegaan.

5.4.2.2. Verzekeraars

Vrijwel alle ondernemers zien in meer of mindere mate barriers in het contact met zorgverzekeraars. Voor financiering van hun innovatie, of eventuele opname in de inkoop, zijn ze in grote mate afhankelijk van de verzekeraar. Deze heeft op zijn beurt te maken met veel aanvragen (R10, R12). (Grote) investeringen blijven daardoor vaak uit, of worden eerder vergoed vanuit marketing budgetten, in plaats van op structurele wijze (R7, R8). Hierin is een patroon te herkennen, wat ook bij gemeenten al eerder aan bod kwam: er is voor preventieve aanpakken vaak wel kort budget maar geen duurzaam budget. Daarnaast zien zorgverzekeraars volgens verschillende ondernemers niet altijd het belang in van het investeren in preventie en vallen zij daarbij dikwijls in hun ‘oude stramien’ (R4, R7, R8, R11, R13). Met dit laatste wordt bedoeld dat de focus van zorgverzekeraars veelal nog lijkt op curatie in plaats van preventie, iets dat al eerder in dit hoofdstuk werd benoemd als belangrijke spanning.

‘Twee weken geleden zaten we nog met een grote zorgverzekeraar en daar zeiden ze; het is nog steeds de bottom line: ‘preventie kunnen we alleen maar vergoeden uit ons marketing budget en dus is het nooit duurzaam’ of iets dergelijks. Preventie past niet in de zorgverzekeraarshoek’(R8).

Daar komt volgens een andere ondernemer nog bij dat zorgverzekeraars daarnaast een stevige monopolie positie hebben, en daardoor veel kunnen vaststellen met betrekking tot wat wel en niet wordt ingekocht en vergoed aan zorg:

'Ze zijn bijna monopolisten, je hebt 4 a 5 grote partijen in de markt die toch wel heel sterk dicteren wat er gebeurt. Ja en de nadruk bij hun ligt heel erg op het inkopen van zorg. En echt zorg, dus niet zo zeer preventie maar zorg. Daar zit de marge ook voornamelijk in' (R13).

Men is dus in grote mate afhankelijk van voornamelijk zorgverzekeraars, wat een andere ondernemer een structurele weeffout noemt (R10). Wel wordt hier tegenin gebracht dat het al erg kan helpen om de taal van zorgverzekeraars te spreken, en dat dit vaak nog een struikelblok is bij ondernemers waarin zij zich hier niet genoeg in verdiepen (R11). Daarnaast wordt genoemd dat zorgverzekeraars ook aangeven dat verzekerden een eigen verantwoordelijkheid hebben, en preventie dus ook voornamelijk bij die partij ligt (R11). Dit raakt een eerdergenoemde spanning bij preventie, namelijk wie er daadwerkelijk in zou moeten investeren: verzekeraars, aanbieders of burgers en patiënten zelf?

Een ander lastig punt in het contact met zorgverzekeraars wordt daarnaast gezien in het verschil tussen de daadwerkelijke visie van een innovatie of zorgvernieuwingsafdeling, en de rest van de organisatie. Waar doorgaans innovatie afdelingen bereid zijn om te investeren (logischerwijs) in voorgestelde innovaties, blijkt dit vaak in de praktijk in de rest van de organisatie weinig doorgang te hebben. Een ondernemer zegt daarin:

'Maar jij kunt je agenda vullen met allemaal gesprekken met zorgverzekeraars, en dan zullen ze allemaal zeggen: top ga zo door! En een halfjaar verder en je bent nog nergens. Want wat er gebeurt, zeker bij zorgverzekeraars zit een redelijke kloof tussen het strategisch en publicitair beleid zeg maar, en wat de inkopers doen. Inkopers die worden ook gewoon afgerekend op kosten'(R10).

Dit laatste geeft aan dat er ook wel wordt ingezien dat zorgverzekeraars zich in een lastig pakket bevinden, waarin zij ook te maken hebben met bepaalde belonings- en afrekeningsstructuren en ook afhankelijk zijn van wat er in 'de markt' wordt gedaan. Hier lijken ondernemers zich bewust van, al wordt het nog wel als barrière ervaren (R10). Dezelfde respondent geeft daarbij aan dat ondernemers daarin ook realistisch moeten zijn; verzekeraars krijgen te maken met ontzettend veel aanvragen met betrekking tot innovatie en preventie. Ondernemers zouden daarin ook de verantwoordelijkheid hebben om hun innovatie goed neer te zetten en samen te werken met andere ondernemers zodat de positie naar verzekeraars steviger is (R10).

Als laatste wordt genoemd dat verzekeraars vaak het argument aanhalen van ‘valse loyaliteit’: als er wordt geïnvesteerd in preventie en verzekerden worden gezonder, is er kans dat ze overstappen naar een andere verzekeraar wat de desbetreffende investering een desinvestering zou kunnen maken (R10, R11, R13). Dit lijkt echter een zwak argument te zijn omdat deze ‘overstapperpercentages’ gemiddeld erg laag zijn (R12, R13). Toch ervaren ondernemers wel dat deze ‘angst’ ervoor zorgt dat verzekeraars niet erg investeren in preventie.

‘Een ander belangrijk punt als je puur kijkt naar preventie [...] dan kun je een cynisch startpunt hebben dat een verzekeraar niet gebaat is bij preventie. Ze krijgen het toch wel vergoed, ze maken eigenlijk geen concurrentie met elkaar, ze mogen niet selecteren op risico’s aan de bron, ze kunnen hooguit kijken van ben ik in staat om een huidige verzekerde gezonder te laten leven?’ (R11).

In het ergste, of meest cynische geval, kan dus gezegd worden dat verzekeraars niet gebaat zijn bij preventie en daarom een grote barrière vormen in het innovatieproces, vanwege hun belangrijke rol. Tegelijkertijd laten de voorgaande uitspraken van ondernemers zien dat er ook veelal begrip is voor de regels waar zorgverzekeraars mee te maken hebben die maken dat hier niet altijd ruimte voor is.

Onder de structuur van het zorgstelsel verstaan de meeste ondernemers echter niet alleen de bekostiging en financieringskenmerken en de positie van gevestigde partijen, maar ook de verschillende wetten en procedures die de sector kent. Hierbij wordt samenvattend gesproken over ‘de bureaucratie’, een barrière die hierna behandeld zal worden.

5.4.3 Het bureaucratische gehalte van het zorgstelsel: rem op innovatie

Want, bureaucratie vertraagt (R4, R10, R13), vraagt om uitgebreide protocollen en gaat uit van bestaande lijstjes (R7). Bureaucratie wordt hierin vaak breed gehouden door ondernemers maar wel benoemd als vertragende en soms frustrerende factor, vooral als het lijkt of de bureaucratie met name voortkomt uit een gebrek aan vertrouwen in de processen in de zorg en erg veel werkdruk oplevert (R4). Dit punt van vertrouwen zal in de paragraaf hierna verder worden toegelicht, omdat de meeste ondernemers dit als een meer culturele barrière duiden.

Met bureaucratie wordt door ondernemers vaak gedoeld op het trage, stroperige karakter van het systeem, waarin veel verantwoording en (teveel) keurmerken worden gevraagd aan ondernemers, iets dat aldus een ondernemer ‘een zwarte hypotheek legt op het innovatieve karakter van de publieke sector’ (R9). Een andere ondernemer benadrukt daarbij ook de grootte van sommige zorgorganisaties als bureaucratische hindernis:

‘Ja het belangrijkste [de grootste barrière] heb ik wel genoemd: de bureaucratie toch. Die processen gaan wel heel langzaam. Dat grote organisaties zoals een zorgverzekeraar maar ook een GGD, dat die door hun grootte, wel gewoon moeilijker snel schakelen zeg maar. Dat, dat maakt processen gewoon trager’ (R7).

Ook hier wordt het belang wel ingezien van deze verantwoording, en het uitgaan van bestaande lijsten en procedures (R7, R9). Tegelijkertijd geeft een ondernemer ook wel aan dat het klimaat in de publieke sector daardoor soms beklemmend is omdat er weinig ruimte is voor nieuwe toetreders:

‘Ja dat is geen waardeoordeel richting zo’n gezonde school adviseur, die zitten ook in een bepaald systeem waar zij zich aan moeten houden, en ik voel me heel prettig in een systeem waar je dus lekker open met dit soort vernieuwing bezig kan zijn. En dat wringt nog weleens’(R7).

Dit roept de vraag op of innovatie, door het benodigde open en vrije karakter, überhaupt kan plaatsvinden binnen ‘het systeem’ of wellicht altijd moet plaatsvinden buiten de gekleurde lijntjes. Een vraag die later in dit hoofdstuk nog kort aan bod zal komen.

5.4.3.1. Wet & Regelgeving als barrière

Daarbij valt binnen de barrière bureaucratie ook het punt wet & regelgeving op. Niet vanwege het feit dat het veel genoemd is, maar juist omdat punt weinig is benadrukt als barrières in het innovatieproces, in tegenstelling tot de uitspraak van een jurist tijdens een congres over opschaling welke aangaf dat wet en regelgeving vaak als hét grootste issue bij ondernemers wordt gezien (O4).

Een ondernemer geeft wel dat de regelgeving waar hij mee te maken heeft soms lastig is, en innovatie kan remmen, zeker wanneer het een rem zet op eventuele subsidie toewijzingen, maar hierover geeft hij ook aan dat het begrijpelijk is, omdat juist in de publieke sector weinig tot geen ruimte is voor het nemen van risico’s, iets waar hierna nog verder op zal worden ingegaan:

‘Jaa.. en de publieke opinie die dan ook zegt: ja dat is ons geld en kijk eens, hij [doelend op zichzelf] heeft niet geïnvesteerd in dit, maar die heeft een grote auto buiten staan. En dat kan natuurlijk niet. En dan is het één grote schande. Dus dat, dat, kijk daar heb je natuurlijk ook mee te maken, dus daarom is die regelgeving vrij lastig’ (R9) En later: Het is natuurlijk ook, en dat snap ik ook wel aan de ene kant, wie is betrouwbaar? Wie is niet betrouwbaar? Als subsidie makkelijk binnen te halen is, ja dan gaat iedereen dat doen.

Een andere ondernemer benoemt wel dat wetgeving rondom privacy soms nog wel een barrière kan zijn omdat het de mogelijkheden voor eHealth oplossingen kan beperken (R4). Een andere ondernemer benoemt dit punt ook, maar benadrukt dat privacy regelmatig ook als ‘smoes’ wordt gebruikt om innovatie tegen te gaan. Zeker omdat het lijkt alsof patiënten en cliënten zelf veel minder moeite hebben met punten rondom privacy en met name zorgaanbieders en verzekeraars hier erg kritisch in zijn:

‘Het laatste punt wat je eigenlijk altijd hoort van andere ondernemers is privacy. Privacy privacy privacy: ‘Ja kan dat wel met de privacy?’ Privacy is een soort schild geworden dat mensen die geen trek hebben om iets nieuws te introduceren gebruiken. Je zou hele leuke dingen kunnen doen op preventiegebied, maar daar wordt privacy ineens een dingetje’(R5).

Dit geeft aan dat punten zoals privacy wellicht gezien kunnen worden als structurele barrière, maar ook strategisch kunnen worden ingezet om verandering tegen te gaan door partijen die geen verandering willen. Dit maakt privacy als barrière niet puur structureel, maar ook politiek geladen. Dit benadrukt het intersubjectieve karakter van veel genoemde barrières en factoren, iets dat eerder in dit hoofdstuk al benoemd werd.

5.5 Cultuur: risico’s, oud denken en vaststaande kaders

Een veelgenoemde barrière is die van het ‘oude en bestaande denken’ en het risicomijdende karakter van de publieke sector. Echter, iedere respondent verstaat daar iets anders over. In ieder geval spreekt uit de interviews een duidelijke toon: de cultuur is minstens zo belangrijk, en soms net zo’n grote, zij het niet grotere barrière dan de structuur.

‘Dat is niet nieuw ofzo, men weet dat. Maar je zit in een systeem dat dat soort innovaties eigenlijk blokkeert, de grote innovaties. En, wat ik net zeg, de grootste blokkade voor innovatie is elke keer het bestaande denken. Je kan niets bestaand met bestaand denken oplossen’ (R4).

In dit hoofdstuk zullen we hier bij stil staan, en ook de verschillende aspecten van de cultuur van het ‘oude denken’ voorbijgaan.

5.5.1. Oud denken door professionals: te weinig focus op de cliënt

Als onderdeel van het oud of bestaand denken wordt onder andere genoemd dat zorgaanbieders volgens de ondernemers vaak nog niet écht gefocust zijn op de patiënt of cliënt en te veel kijken naar wat zij denken dat goed is voor hem of haar (R5). Daar komt bij dat in deze context het geluid nog weleens klinkt dat cliënten niet zouden kunnen omgaan met eHealth oplossingen of *wearables* en dit te moeilijk zouden vinden (R4). Hierin is gebrek aan vertrouwen in cliënten een belangrijke reden aldus een respondent:

‘Dus wat je net noemt van ZZ naar GG, maar daar lopen wij dan tegen aan, dat dat vertrouwen in de cliënt af en toe wel wat gebrekkig is. Dat is echt een ding’ (R4).

Dit maakt het voor een ondernemer lastig om aanbieders te overtuigen van het belang van de beoogde oplossing (R4, R5). Daarin lijkt er ook een bepaalde ‘angst’ te zitten bij aanbieders om cliënten thuis aan de gang te laten gaan met hun gezondheid en te laten monitoren:

‘Dingen als uh ‘ja maar een cliënt kan zelf wel iets zeggen, maar ik moet het toch echt zien’ of ‘Ik moet hem echt zien, voordat ik een oordeel kan geven’. Of ja zo van: ‘ik kan zelf wel dingen bijhouden op een appje en meenemen maar hoe betrouwbaar is dat nu? Ja dat is vrij klassiek denken zeg maar’ (R4).

Hier is dus sprake van een zeker taboe op zelfregie, aan de zijde van aanbieders en professionals in de zorg die twijfelen aan de betrouwbaarheid van de meting, maar ook aan het kunnen omgaan met techniek door cliënten. Iets dat juist van belang is in de beweging van ZZ naar GG, geschetst in de inleiding.

5.5.2. Oud denken door patiënten en cliënten: geen cultuur voor investeren in gezondheid

Maar behalve dat er wordt gesproken over dit oude denken bij aanbieders van zorg, wordt er ook door ondernemers benoemd dat (beoogde) cliënten en patiënten hier ook dikwijls schuldig aan zijn. (R4, R8) Een respondent benoemt het als ‘in de watten gelegd door de verzorgingsstaat’ (R3).

‘Voor een 55+ers hangt deze innovatie aan tegen zorg, dus moet de zorgverzekeraar dat betalen. Dan horen we letterlijk: ‘Dat ga ik niet betalen, het gaat toch om mijn gezondheid, dat moet de zorgverzekeraar betalen’ (R8).

Dit sluit ook deels aan bij de eerder benoemde spanning binnen preventie. De vraag staat nog vaak centraal wie er nu exact zou moeten betalen voor preventie en investeren in preventie, iets dat ook bij de verschillende ondernemers nog geen eenduidig antwoord vindt. Daarbij komt dat (met name ouderen) patiënten toch nog veel naar de zorgaanbieder kijken als het gaat om mogelijke oplossingen

of interventies. ‘Nieuwe partijen’ vinden hierdoor niet zomaar ingang en kunnen eerder op wantrouwen stuiten dan vertrouwen wat de dominante positie van huidige aanbieders versterkt (R11).

5.5.2.1. Geen ‘investeer in jezelf’ cultuur

Een ondernemer geeft aan dat op dit moment veel mensen (mogelijke cliënten, of reeds bestaande patiënten) niet de noodzaak voelen om te investeren in gezondheid; met name financieel (R11). Dit terwijl dit volgens hem wel de tendens zou moeten zijn zodat meer mensen zich verantwoordelijk voelen voor hun gezondheid, dit gaat aldus de desbetreffende ondernemer ‘heel langzaam’.

‘Dat is een langzame ontwikkeling en ik zie nog niet zo snel versnelling, wij hadden er meer van verwacht en gehoopt’ (R11).

Dit wordt deels verklaard door een hoogleraar tijdens een congres, wanneer zij aangeeft dat 95% van onze leefstijl wordt veroorzaakt door onbewust gedrag. Slechts 5% van onze leefstijl wordt dus gestuurd en beïnvloed door bewuste keuzes door het individu. Dit heeft ook als gevolg dat bewust investeren in jezelf doorgaans minder in ons systeem zit aldus dezelfde hoogleraar (O5). Een mogelijke reden voor de afhoudende reactie van de beoogde doelgroep.

Daarnaast wordt benoemd dat met name bij ouderen soms het onbegrip en de ‘angst’ om techniek te gebruiken, met name in het kader van zorg. Hierdoor is er maar een beperkte groep die wil investeren in meer technische oplossingen (R9, R11). Dit lijkt het eerdergenoemde ‘oude denken’ bij zorgaanbieders te bevestigen met betrekking tot het kunnen omgaan met eHealth door patiënten en cliënten. Dit wordt op het hiervoor benoemde congres ook nog eens bevestigd, wanneer er wordt benoemd dat juist de groep die vaak bereikt moet worden niet open lijkt te staan voor preventieve oplossingen (O5). Dit met als ‘gevaar’ dat vooral al gezondheidsbewuste mensen worden bereikt, of welwillende betalers met een grotere beurs (R1, R2, R8). Een groot deel van de beoogde doelgroep wil echter vaak niet (financieel) investeren in de eigen gezondheid, wat als barrières wordt ervaren en er ook voor zorgt dat er soms een verschuiving van doelgroep optreedt bij ondernemers (R9,R11). Dit laatste punt zal bij de reacties nog worden besproken.

5.5.3. Risico mijding en veranderingsresistentie: lastig om te innoveren

Vrijwel alle geïnterviewde ondernemers geven aan regelmatig te maken te hebben met een dosis veranderingsresistentie en risico mijding van andere partijen in het innovatieproces. Dit sluit ook aan bij de in het theoretisch kader benoemde risicomijdende sfeer in de publieke sector (Bason, 2010, Cels et al, 2012). Een ondernemer geeft daarbij de kritische noot wanneer hij zegt:

'Ergens zou je kunnen zeggen dat het juist risicomijdend is om al na te denken over de lange termijn' (R6).

Een interessante uitspraak, die de eerdergenoemde theorie over risicomijding in de publieke sector in een ander daglicht zet: is het in zee gaan met innovaties gericht op preventie risicovol, of juist risico verlagend? Deze vraag wordt in dit onderzoek niet verder aangehaald, en dus ook niet beantwoord, maar brengt een ander licht op het *framen* van wat risicovol is en wat niet.

Daarbij benadrukt een respondent nog dat dit nemen van risico's en het aangaan van nieuwe vormen van publieke-private samenwerking meer zou moeten worden benadrukt en aangemoedigd, ook al is dit nu nog wat 'nieuw' in de zorg (R12).

5.5.3.1 Verandering en dus innovatie gaan hierdoor lastig

Verschillende ondernemers benadrukken hierop aanvullend dat er in de zorg geen grote voorliefde is voor innovatie en verandering in het algemeen.

'Er is een hardnekkige veranderingsresistentie in de zorg' (R10).

Een groot deel van de beoogde doelgroep of samenwerkingspartners zal aldus een andere respondent daarom ook nooit meegaan, hij benoemt dat dit onder andere komt omdat de massa soms gewoon 'lui' is en niet snel écht wil gaan voor vernieuwing (R9). Dit zorgt er ook voor dat innovatie langzaam gaat, of zelfs niet van de grond komt. Wellicht gebeurt het dus wel, maar niet op de korte termijn. Of in de woorden van een respondent:

'Ja.. er zijn denk ik maar weinig zorginnovatie ondernemers die van de één op de andere dag gescoord hebben. Misschien dat je dat in Amerika iets meer hebt dan hier. Daar zit de zorg ook net iets anders in elkaar' (R10).

Tegelijkertijd geeft een andere ondernemer aan dat de aanname dat verandering niet 'welkom' is ook wel een onjuiste kan zijn:

'Dat is ook een misvatting, er wordt heel vaak gezegd dat mensen niet van verandering houden, maar dat is niet waar, mensen houden wel van verandering maar mensen houden er niet van om veranderd te worden. Dus als ik zeg: jij moet nu dit doen. Zeg jij: Ja dáág, waarom? Ik moet helemaal niks' (R5).

Mensen hebben geen hekel aan verandering. Ze hebben een hekel aan veranderd worden.

**OM
DENKEN**

Peter Senge

Verandering moet dus subtiel worden bereikt, zeker wanneer het gaat om leefstijl (een punt dat al naar voren kwam bij het benoemen van spanningen in preventie). Hieruit spreekt ook een kleine nuance naar de inschatting van ondernemers zelf: veranderingsresistentie hoeft wellicht geen barrière te vormen, mits er goed op wordt ingespeeld door ondernemers zelf.

Daarbij wordt wel genoemd dat er bij zorgaanbieders, net als bij zorgverzekeraars een bepaalde ‘angst’ lijkt te zitten. Door te investeren in preventie zou namelijk eigen omzet weg kunnen vallen doordat er minder ‘productie’ komt. Een respondent benoemt dat dit deels ook terecht kan zijn, maar wellicht meer samenhangt met het zijn van een markt, waarin marktwerking aanwezig is:

‘Ja maar kijk, marktwerking kun je zien als de motor van de vooruitgang, van de verandering, maar dat is niet altijd vooruitgang. Want verandering, veroorzaakt altijd winnaars maar ook verliezers. En die verliezers zijn groot’ (R1).

Deze uitspraak sluit aan bij de uitspraken van Cels et al (2012) beschreven in het theoretisch kader. Doordat innovatie verandering betekent, en verandering niet altijd gunstig is voor bestaande partijen, proberen deze de verandering vaak tegen te houden. Deze situatie van ‘winnaars en verliezers’ lijkt daarin een rem te zetten op innovatie, omdat bestaande partijen de poot stijf houden. Het woord ‘marktwerking’ wordt daarin door andere ondernemers ook geconstateerd als een term die regelmatig stof doet opwaaien, juist bij de meer traditionele partijen die hier een negatieve connotatie mee lijken te hebben (R4,R9). Dit is interessant, omdat verschillende partijen ook juist het voordeel benoemen van marktwerking in het kader van innovatie omdat het ruimte zou moeten geven voor juist deze nieuwe partijen, mét nieuwe ideeën voor de zorg (R3, R9, O2). Een tegenstelling die in de indeling al naar voren leek te komen: enerzijds is er behoefte aan innovatie, marktwerking en een nieuwe ‘frisse blik’ op de zorg. Anderzijds lijken traditionele partijen hier nog niet voor open te staan, iets dat in meer of mindere mate ook samenhangt met de hierna beschreven barrières.

5.6 Barrières inherent aan ondernemerschap

5.6.1. Wantrouwen richting ‘commerciële’ ondernemers

Verschillende ondernemers geven daarbij ten eerste aan dat zij soms in de contacten met andere partijen merken dat er wordt getwijfeld aan hun motieven omdat zij als ondernemer ook geld willen verdienen en bijvoorbeeld niet werken als een stichting (R8). Een andere ondernemer bevestigt maar

geeft aan dat hij duidelijk niet de 'gladde praatjes zakenman is' en dat er in die zin ook wel vaak sprake is van vooroordelen (R11).

En dat zit natuurlijk een enorme rem op innovatie, en op ondernemerschap en..en, dan moet je natuurlijk dat lossen laten, en dan krijgen we natuurlijk misstanden, maar je moet ook vooral kijken naar de voordelen die het [ondernemerschap] biedt (R9).

Daarnaast wordt genoemd dat er ook regelmatig wordt aangegeven dat ondernemerschap 'te commercieel is' voor een sector als de zorg. Waarop een ondernemer aangeeft:

'Het is commercieel' en 'Het kost geld' dat wordt nog weleens genoemd, dat is dan ook wel een barrière dat het commercieel is. Maar in bijna geen sector gaat zoveel om in als in de zorg, dus als er iets commercieel is: ziekenhuizen en specialisten verdienen vrij veel geld hè, dat is een vrij commerciële wereld, eigenlijk draait het alleen om geld'(R4).

Dit gevoel van wantrouwen richting het zijn van een ondernemer raakt het in het theoretisch kader benoemde verschil tussen publiek en privaat, waarin duidelijk is dat er vanuit beide perspectieven verschillende paradigma's en waarden zijn.

5.6.2 Weinig focus op ondernemerschap in de opleidingen en in de praktijk

Dat er weinig 'begrip' lijkt te zijn voor ondernemerschap in de zorg komt volgens verschillende ondernemers ook omdat hier in de opleiding en dagelijkse praktijk van de zorg weinig oog voor lijkt te zijn (R4, R5, R8) 'Er zit totaal geen ondernemende kracht achter' aldus een ondernemer (R8). Iets waar volgens een andere ondernemer voorlopig nog geen verandering in lijkt te komen (R5). Daarnaast wordt aangegeven dat veel ideeën met betrekking tot vernieuwend denken en ondernemerschap wellicht wel worden aangeleerd in de opleiding, maar vaak snel vergeten worden zodra studenten de werkvloer betreden (R4). Dit gebrek aan ondernemerschap in (zorg) opleidingen zou volgens voorgaanden maken dat het lastiger is om aan supporters en samenwerkingspartners in het innovatieproces te komen omdat er minder 'gelijkgestemden' zijn.

5.6.3 Barrières: eigen 'fouten' als ondernemer of onderneming

Een minder benoemde, maar wel tussen de regels door erkende barrière zien sommige ondernemers ook wel in eigen '(inschattings-)fouten' als ondernemer, gemaakt tijdens het innovatieproces. Bijvoorbeeld door het niet goed inleven in de beoogde doelgroep (R5) of eventuele financierende partij zoals een zorgverzekeraar of gemeente (R10, R13).

Een andere ondernemer noemt dat hij dit vaker ziet bij andere ondernemers, ook als zij niet genoeg de taal hebben leren spreken van aanbieders en verzekeraars (R11). Dit wordt bevestigd door een respondent die aangeeft dat het 'niet lukken' van innovaties ook lang niet altijd samenhangt externe factoren, omdat er ook al heel veel wél mogelijk is (R5, R12).

Bij dit punt dient wel genoemd te worden dat deze barrières in verhouding weinig is genoemd. Dit kan te maken hebben met de keuze in dit onderzoek om te kiezen voor de term 'barrière' (dit leek in de interviews met name te impliceren dat eventuele spanningen met name geformuleerd werden als externe factoren) maar kan er ook op duiden dat ondernemers niet graag eigen inschattingfouten of eigen opgeworpen barrières benoemen of herkennen. Dit is begrijpelijk, vanwege het feit dat ondernemers hun innovatie het liefst zo krachtig neer willen zetten, maar ook vanuit de in het theoretisch kader beschreven cultuur van risico-mijding in de publieke sector. Doordat er in de publieke sector weinig ruimte wordt gegeven voor *trial and error* en er sterk sprake is van risicomijding lijkt er geen sfeer te zijn die het maken van fouten omarmt en accepteert (Cels et al, 2012). Één ondernemer benadrukt daarbij dat het juist goed zou zijn als juist het benoemen van fouten meer zou gebeuren onder ondernemers omdat dit inherent is aan innovatie (R5). Er zou, aldus dezelfde ondernemer, meer ruimte moeten zijn voor briljante mislukkingen.

5.7 De waan van de dag: drukte en weinig tijd voor visie (op innovatie)

Als laatste, maar voor sommige ondernemers wel de belangrijkste barrières wordt in verschillende gesprekken de 'waan van de dag' en de drukte bij aanbieders en verzekeraars die maakt dat er aldus hen sprake is van te weinig (gedeelde) visie en ruimte om na te denken over vernieuwing (R4,R5, R7,R9, R10). Dit raakt ook het eerdergenoemde punt van de strakke budgettering bij aanbieders en verzekeraars, genoemd bij de barrières in structuur. Door te weinig (financiële) middelen, en te weinig tijd lijkt er daardoor vaak sprake van een kortetermijnvisie visie in de zorg, iets dat ook al werd benadrukt in het theoretisch kader. Dit kan als gevolg hebben dat er wel wordt geroepen dat een organisatie innovatief wil zijn, maar dat er geen daadwerkelijk innovatie budget en plan is, iets wat een ondernemer als barrières benoemt omdat organisaties daardoor niet snel in zee gaan met ondernemers (R9).

Daarnaast maakt de werkdruk in de zorg dat er ook weinig ruimte lijkt te zijn om na te denken over andere zaken:

‘Dat is een beetje de mentaliteit, vermoed ik ook, van : we krijgen geld, het loopt, ik heb patiënten, en daar moet ik goed voor zorgen, -terecht-, maar tijd voor visionair te zijn en tijd voor strategisch bezig te zijn en tactisch bezig te zijn, dat is er, heel onontwikkeld nog. de zorg zit veel meer in dat beheren, dan dat het eigenlijk zit in het veranderen en het implementeren’ (R9).

Dit geeft ook een mogelijke reden voor het eerdergenoemde ‘verlies van visie en ondernemerschap’ bij afgestudeerden die de werkvloer betreden. Een mogelijke reden hiervoor zou kunnen liggen in deze waan van de dag die maakt dat er weinig ruimte is om wat geleerd is toe te blijven passen. Een andere verklaring voor dit verschijnsel zou echter ook terug te leiden kunnen zijn tot het eerdergenoemde ‘oude denken’ bij professionals en cliënten. Wellicht ervaren jongeren/afgestudeerden dit oude denken minder, terwijl de veelal oudere en langer meedraaiende professionals dit denken al eigen hebben gemaakt en daarom minder openstaan voor verandering. Nieuwe krachten op de werkvloer worden daardoor meegenomen in dit, letterlijk en figuurlijke, oudere denken met als gevolg dat vernieuwende ideeën en mogelijkheden naar de achtergrond lijken te schuiven.

5.8 Overige barrières

Beleidsonzekerheid

Een andere genoemd punt is de ervaren onzekerheid van beleidsprocessen, die aldus een ondernemer maken dat het moeilijk inschatten en inspelen is op veranderingen. Nieuwe partijen of nieuw beleid kunnen een heel andere koers inzetten, waardoor bijvoorbeeld subsidies voor obesitas aanpakken of leefstijl programma’s niet meer vergoed worden, dit brengt volgens de ondernemer dat er een bepaalde mate van onzekerheid is wanneer je als ondernemer afhankelijk bent van deze partijen (R13). Een andere respondent benadrukt hierin de onvoorspelbaarheid van beleid (R10). Toch wordt dit punt wel tegengesproken door een andere respondent die aangeeft dat beleidsonzekerheid ook weer niet echt een barrière hoeft te zijn:

‘Ja, dat is hetzelfde als dat je zegt ik ga volgende week mijn verjaardag organiseren maar ik weet nog niet wat ik doe want het kan ook slecht weer worden. Dan denk ik verzin een plan a en een plan b’ (R12). Uit deze uitspraak spreekt een les naar ondernemers toe: zorg dat je flexibel bent, vasthouden aan één plan is niet realistisch en niet wijs.

5.9 Conclusie barrières

Vanuit het voorgaande blijkt dat barrières met name worden gezien in de structuur en cultuur in de zorg. Daarnaast volgen barrières door verschillen in, of ontbreken van gezamenlijke visie en gebrek aan vertrouwen in de ondernemer als nieuwe partij. Met name de verschillen tussen de behoeftes en het denken van ondernemers versus aanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars vallen daarbij op. Barrières worden soms lastiger ervaren (bijvoorbeeld wanneer zij vastliggen in het systeem en niet zomaar veranderd kunnen worden) en soms overkomelijk (wanneer inleving, en strategie gemakkelijk lijken te helpen).

Een ondernemer zegt daarin afsluitend nog:

‘Ja nee en kijk, wat jij niet ziet is dat van de 100 initiatieven en ideeën, zorg technologieën of preventieve technologie, zie je dan maar 1%, je ziet ook heel veel niet. Er stranden heel veel innovatieve ideeën. De Rabobank heeft dat ooit berekend in de zorg, van de 3500 ideeën wordt er 1 een succes’ (R11).

Dit maakt het interessant om te kijken welke kansen de geïnterviewden ondernemers zien en op welke wijze zij hierop reageren, om inzicht te krijgen in de manier waarop er kan worden omgegaan met de hiervoor genoemde barrières. Dit zal in de volgende paragrafen worden gedaan, waarbij eerst stil wordt gestaan bij de ervaren kansen in het innovatieproces.

5.10 Kansen in het innoveren: draagvlak en ‘window of opportunity’

Naast dat er barrières worden genoemd ervaren ondernemers ook duidelijk kansen in het innovatieproces. Daarbij wordt voornamelijk genoemd dat er meer draagvlak lijkt te zijn, zowel voor innovatie in het algemeen, als voor preventie specifiek. Technologische en financiële mogelijkheden zijn hierin extra kansen die worden ervaren door ondernemers.

5.10.1. Draagvlak voor innovatie in de zorg

Als meest genoemde kans wordt genoemd dat het door respondenten wordt ervaren alsof er (groeïend) draagvlak is voor innovatie in de zorg (R2, R3, R7, R9, R10, R13). Dit blijkt ook uit de opkomsten en het enthousiasme tijdens vier van de vijf observaties tijdens bijeenkomsten gericht op dit onderwerp (O1, O2, O3, O4). De reden hiervoor ligt aldus de respondenten in verschillende zaken, variërend van ‘de noodzaak’ tot innovatie vanwege de kostenstijgingen, maar ook het groeiende draagvlak voor ondernemerschap, innovatie, en techniek (o.a. door de opkomst van eHealth).

Ondernemers geven aan te ervaren dat er vanuit de beleidskant en het ministerie nu wel draagvlak is en gemaakt wordt voor innovatie in de zorg (o.a. R13).

Dat er ruimte is, en steeds meer komt, voor nieuwe spelers en innovatie in de zorg bevestigt een van de respondenten (R3):

‘Één is dat ik het wel interessant vind dat het hele sociale domein waaronder het zorgdomein een beetje open gebroken wordt, en dat daar eigenlijk ruimte is voor nieuwe invalshoeken en nieuwe partijen [...] Ja de laatste 10 jaar zie je dat wel zeker, dat is wel in opkomst!’

Dit wordt ook benoemd tijdens twee van de bezochte congressen. Daar benoemen verschillende sprekers het belang van ondernemerschap en innovatie in de zorg: voor de ‘frisse’ blik en een nieuwe visie op de zorg (O1, O2, O3). Door dit groeiende belang wordt innovatie in de zorg volgens de sprekers op beide congressen meer geaccepteerd, en daardoor meer gepromoot.

5.10.1.1. Het lijkt vijf voor twaalf: verandering móet ook wel

Een reden voor het voorgaande is onder andere ‘omdat het wel moet’ (R9, R10, R13) zoals ook al bleek uit de inleiding en het theoretisch kader:

‘Er is een hardnekkige veranderingsresistentie in de zorg, maar met name de laatste 4, 5 jaar, lijkt het alsof dingen wel in een stroomversnelling komen. Dat heeft ook met urgentie te maken er moet ook wel iets gebeuren, want anders is het allemaal niet houdbaar meer’ (R10).



Vanwege de noodzaak tot verandering is er dus ruimte voor een nieuwe kijk op de zorg en hier wordt door verschillende ondernemers een kans in gezien voor hun innovatie. Er lijkt sprake te zijn van een *window of opportunity*. Dit geldt niet alleen voor zorginnovaties in het algemeen, maar ook specifiek de innovaties gericht op preventie.

5.10.2. Draagvlak voor preventie

Draagvlak voor preventie groeit namelijk, benoemen meerdere ondernemers, grotendeels om dezelfde redenen als hiervoor beschreven: er is te weinig geld en er moet op een andere wijze worden nagedacht over hoe de zorg wordt vormgegeven. Een ondernemer beschrijft dit als volgt:

‘Het voordeel van preventie nu is dat iedereen weet: de zorgkosten stijgen, er is dubbele vergrijzing, de zorgvraag neemt toe, zorgaanbod neemt af, de apparaten worden duurder... dat is gewoon eigenlijk voor de economie is niet meer houdbaar, dan moet je iets gaan doen. En dan kun je of het bestaande

proces efficiënter maken, of je kunt op een nieuwe manier naar dat proces gaan kijken en een nieuwe manier om daarnaar te kijken is, wat ze mooi noemen: de p4 medicine: veel meer gericht op preventie, predictie, personaliseren en participatie' (R9)

Bij zorgverzekeraars: de handen ineen

Er lijkt dus sprake te zijn van een groeiend, zij het gestaag, draagvlak voor preventie aldus de ondernemers. Met name bij de 'lastige partij' van de zorgverzekeraar wordt hierin een kans gezien. Een reden voor het draagvlak bij zorgverzekeraars wordt onder andere gezien in de publieke opinie die meer gericht is op preventie en gezondheid (R7), en de eerdergenoemde noodzaak tot verandering (R9). Daarnaast spelen ook bestaande bewegingen, health deals en populaire overtuigingen daarin een rol (R5, R7, R12).

'Wat wij bij preventie heel erg in de beginjaren hebben meegemaakt, dat is nu wel een beetje aan het veranderen. Je ziet ook population health trajecten, nu merken we wel dat het wat makkelijker wordt in gesprekken ook met zorgverzekeraars'(R5)

Hierin wordt gezien dat steeds vaker zorgverzekeraars de handen in een slaan om in te zetten op preventie en zelfzorg (R10, R12). Dit helpt voor ondernemers omdat zij aan kunnen sluiten bij dit soort initiatieven, en laat ook zien dat er minder sprake is (of hoeft te zijn) van een 'wij-zij' cultuur. In tegenstelling tot de bevindingen geschetst bij de ervaren barrières.

Bij zorgaanbieders: goed voorbeeld doet volgen

Een ondernemer benoemt daarnaast nog dat doordat sommige organisaties al wél meer bezig zijn met preventie, andere dit ook over lijken te nemen als concurrentievoordeel, zo wordt onder andere een organisatie als Buurtzorg genoemd als zorgaanbieder die al meer bezig lijkt te zijn met preventie en innovatie (R5, R7).

'Het is altijd een combinatie van okay, de concurrent is daarmee bezig en die doet dat wel goed, dan moeten wij dat waarschijnlijk ook, en er zijn natuurlijk altijd wel mensen in zo'n organisatie die wel vanuit intrinsieke motivatie preventie op de agenda willen zetten' (R7).

Bij de samenleving

Ook in de samenleving lijkt het draagvlak voor gezondheid groter te zijn geworden. Met name de 'jongere generaties' staan volgens verschillende ondernemers positief tegenover het bezig zijn met (eigen) gezondheid en het bewust monitoren en sturen op eigen gedrag (R4, R8, R9). Iets dat ook weer terug zou kunnen komen in het eerdergenoemde verschil tussen het denken van afgestudeerden

jongeren, en gesettelde 'oudere' professionals. Dit heeft volgens de geïnterviewde ondernemers met name te maken met het volgende punt.

5.10.3. Gezondheid & preventie is 'in' en biedt kansen

Een belangrijke kans die namelijk wordt ervaren door ondernemers is dat onderwerpen als gezondheid en preventie op dit moment in populariteit stijgen. Dit blijkt ook wel uit de drukbezochte workshops en congressen rondom dit thema (O1, O5).

Met name het gezondheidsdenken, onder andere aangevoerd door Machteld Hubers 'positieve gezondheid theorie' maar ook opkomende bewegingen die zich inzetten voor gezondheidspromotie maken een opmars (R4, R5, R13). Hierin geeft een ondernemer nog aan dat wij als Nederland vaak Amerika lijken te volgen, en Amerika hier ons al ruim voor in is, dus wij snel zullen volgen (R13). Ook beleidsprogramma's als de 'Gezonde school aanpak' maken het aldus een ondernemer makkelijker om met innovaties gericht op preventie in te stappen omdat er hierdoor al draagvlak is bij beleidsactoren die ook nodig zijn om de innovatie sneller van de grond te krijgen (R7). Dit lijkt aan te sluiten bij de eerdergenoemde barrière van beleidsonzekerheid. Ondernemers hebben blijkbaar behoefte aan steun en zekerheid vanuit beleidszijde. Toch worden stromingen die meer worden ingezet vanuit overheidswegen (zoals de stroming 'Alles is gezondheid') ook wel kritisch bekeken op hun daadwerkelijke 'nuttigheid'. Één ondernemer benadrukt dat dit lang niet altijd aansluit bij de praktijk waar ondernemers mee te maken hebben, maar in ieder geval wel veel mogelijkheden geeft tot netwerken (R13).

Daarnaast geeft één ondernemer aan dat het werken met een preventieve aanpak, die vooral gericht is op gezondheid, op zichzelf ook één grote kans brengt:

*'Maar wij willen helemaal naar de gezondheidskant. Zorg ben je eigenlijk te laat. Deze interventie moet voorkomen dat je in de zorg komt. **Dus als je daar gaat zitten dan heb je in ieder geval niet met de klassieke zorg barrières te maken**' (R4).*

Dit is interessant, en roept ook de vraag op of ondernemers hier ook op in spelen in het innovatieproces. Een vraag die in de paragraaf hierna beantwoord zal worden.

5.10.4 Financiële mogelijkheden

Ook worden er door ondernemers financiële kansen gezien onder andere doordat er op nieuwe manieren naar financiering wordt gekeken en nieuwe methoden in de ontwikkeling zijn.

Hierbij worden onder andere vormen als populatiebekostiging (zie eerder kader) en uitkomstfinanciering genoemd als mogelijkheden voor het bevorderen van innovaties gericht op preventie (R4, R9, R13).

‘Ik zie wel een verandering daarin dat zorgverzekeraars langzamerhand ook wel geneigd zijn om te denken voorbij aan bekostiging van productie, want dat is het eigenlijk richting andere vormen van bekostiging bijvoorbeeld uitkomstfinanciering’(R10)

Ook noemen verschillende ondernemers de mogelijkheden door onder andere instrumenten als de Health Impact Bond (zie kader) die preventieve innovaties financieel mogelijk zouden kunnen maken (R4, R7).

Financiële stimulansen: investeren in zorg is hip?

Ook wordt genoemd dat voor investeerders de zorg steeds meer wordt gezien als een ‘markt’ waarin geïnvesteerd kan worden. Volgens een ondernemer zien investeerders in dat op vastgoed steeds minder rendement gemaakt kan worden en de zorg daarin juist mogelijkheden geeft: ‘het is heel erg hip’ aldus de respondent (R5).

Daarnaast noemt een ondernemer nog het belang van eenmalige innovatie subsidies: *‘Dat helpt weer voor een aantal organisaties, dat weet ik zeker dus... met zo’n steuntje in de rug kan het organisaties net even over de drempel helpen om wel in te stappen en wel iets te gaan doen waar ze anders iets hadden van ‘we weten het niet helemaal’* (R13). Het is opvallend, omdat dezelfde ondernemer ook aangaf juist niet in de ‘eenmalige subsidie molen’ te willen raken. Hieruit blijkt wellicht dat alle kleine beetjes helpen en welkom zijn, al is dit wellicht niet optimaal.

5.10.5 Technologische mogelijkheden

Als laatste wordt door verschillende ondernemers genoemd dat er veel technologische mogelijkheden zijn die maken dat het innovatieproces makkelijker is. Doordat er al veel platforms en applicaties en *wearables* zijn hoeft je als ondernemer niet meer alles ‘from scratch’ op te zetten en is er meer tijd om te werken aan de daadwerkelijke innovatie en de beoogde resultaten (R5, R6, R7). Technologische gadgets als *wearables* en thuismeetapparatuur maken het voor ondernemers mogelijk om verder te denken dan alleen de techniek, maar ook te kijken naar de begeleiding daarom heen (R9, R13).

‘Bij een Health Impact Bond (HIB) financiert en bekostigt een private partij een interventie aan de voorkant. De ondernemer levert daarvoor een van tevoren afgesproken prestatie. Wanneer de interventie succesvol is er sprake van gezondheidswinst en kostenbesparingen. Uit de gerealiseerde (gedeelde) besparing krijgt de investeerder rendement uitbetaald’ (Harchaoui et al, 2016).

In ieder geval geven de hiervoor benoemde kansen aan dat er sprake lijkt te zijn van een groeimarkt, zoals al bleek bij de genoemde drijfveren bij ondernemers om te investeren in preventie. Ondanks de genoemde barrières zien ondernemers licht aan het eind van de tunnel, en groeiend draagvlak om te innoveren in preventie.

5.11 Reacties op barrières en kansen

Nu het duidelijk is welke barrières en kansen ondernemers ervaren in het innovatieproces zullen in dit hoofdstuk de reacties hierop worden gepresenteerd. Reacties die over het algemeen logisch voortvloeien uit ervaren barrières en kansen, maar die door verschillende ondernemers om verschillende redenen worden ingezet. Hierdoor is er niet altijd sprake van een een op een relatie. Een barrière in structuur, levert bijvoorbeeld niet altijd de reactie tot meer samenwerken op. Vanuit de interviews is duidelijk te zien dat ondernemers hierin juist putten uit een breder palet aan reacties en mogelijke aanvliegroutes. Dit heeft ervoor gezorgd dat in dit hoofdstuk ook met name is geprobeerd deze verschillende reacties duidelijk weer te geven.

5.11.1. Samenwerking op praktisch, strategisch en visionair vlak

Veruit de meest genoemde (en wellicht niet verrassende) reactie is die van de samenwerking met andere partijen. Daarbij wordt er regelmatig gezocht naar samenwerking **op praktisch vlak** (bijvoorbeeld met ICT-ers (R7, R11) maar daarnaast voornamelijk **op strategisch of visionair vlak**.

Praktisch

Praktisch gezien is er vaak extra hulp of expertise nodig van onder andere technici, maar samenwerking wordt ook gezocht in het vinden van expertise over onder andere subsidie aanvragen (R7, R11) of wet- en regelgeving (O4). Dit laatste is opvallend, omdat dit tijdens de interviews niet naar voren kwam als een lastig punt voor ondernemers, maar tijdens het Startup2Scaleup evenement in de eHealth week bleek tijdens een drukbezochte 'bootcamp' dat de experts werden overspoeld door vragen van ondernemers over onder andere subsidie aanvragen, regels en strategische tips en ook gevraagd werden om hun ná de bootcampsessie te begeleiden (O4). Dit sluit aan op een later genoemd punt van het zoeken van ambassadeurs en/of coaches.

Strategisch

Win-win(-win?)

Wanneer het neer komt op strategisch samenwerking is er te zien dat ondernemers om verschillende redenen samenwerking aan gaan met een heel scala aan partijen. Een ondernemer benoemt bijvoorbeeld de samenwerking met de universiteit als middel om veel informatie te vergaren, maar ook om zo meer legitimiteit voor de innovatieve aanpak te verkrijgen (R7). In dit geval zou er sprake zijn van een win-win situatie, omdat ook de universiteit veel heeft aan de praktijkervaringen en daaruit voortkomende data.

Deze zelfde win-win situatie benadrukt een andere ondernemer in het zoeken van partners en het aangaan van samenwerkingen:

'Het is win-win, of win-win-win.. want wij doen het goed als het wordt gebruikt , de gebruiker wordt slimmer en die kan meer regie nemen in zijn eigen gezondheid en de huisarts ja die heeft meer tevreden klant plus die komt minder vaak langs want die is gezonder..' (R9)

Deze win-win situatie is ook terug te zien in het zoeken van ondernemers naar samenwerkingspartners met een zelfde visie, dit zal verder in deze paragraaf worden toegelicht.

Netwerken bouwen

Duidelijk is dat ondernemers niet inzetten op slechts één samenwerkingspartner maar proberen een netwerk om hen heen te bouwen met onder andere ICT-ers, onderzoekers, artsen en professionals (R7). Dit onder andere om vertrouwen in de innovatie te creëren (R9), maar ook om via onder andere professionals de innovatie meer onder de aandacht te brengen bij eventuele cliënten (R11). Dit laatste ook omdat vaker wordt benoemd dat (mede door 'oud denken') beoogde cliënten vaak het advies volgen van professionals. Dit wordt door een ondernemer ook noodzakelijk genoemd als de innovatie breed onder de aandacht moet komen (R11).

Ambassadeurs vinden

Een andere manier van samenwerking is terug te zien bij een ondernemer die specifiek gebruik maakt van een samenwerkingspartner als 'ambassadeur' waarbij verschillende buurtsportcoaches de innovatieve aanpak als een soort franchiseformule inzetten in hun eigen werk, en daarin ook zelf voor draagvlak en vergoeding van de innovatie regelen. Deze reactie sluit ook aan bij de door Jansen en Moors (2013) benoemde waargenomen reactie bij ondernemers van het zoeken naar ambassadeurs. Deze ambassadeurs zijn zowel afnemer van de innovatie, als ook mede-ondernemer in het overtuigen

van gemeenten en scholen voor het inzetten van de innovatie. Daarbij kan de vraag opkomen of de ondernemer in zo'n geval niet de controle over het eigen innovatieproces deels kwijt is. Op de vraag of dat ook weleens lastig is antwoordt de ondernemer als volgt:

'Nee.. dat voelt eigenlijk helemaal niet raar, daar ben ik ook heel actief mee aan het experimenteren, ook in de pilot. Maar ik wil wel dat het een hulpmiddel is voor mensen met enthousiasme en kennis, in dit geval buurtsportcoaches die er hun eigen draai aan geven' (R7).

Co-creatie: een open innovatieproces

Ook het belang van co-creatie (het creëren van innovaties mét mensen, in plaats van alleen vóór mensen, zie Bason, 2010, p.6) wordt door ondernemers genoemd als reactie op de kansen en barrières die zij ervaren.

'Ik zie heel veel partijen die plempen maar gewoon een soort van vaste oplossing in de markt en ik geloof dat als je echt succes wilt hebben in deze markt, dat je heel erg goed moet kijken en luisteren naar wat mensen nou echt willen anders gaat het niet werken' (R13)

Een andere ondernemer noemt ook dat eventuele afnemers als zorgverleners vroeg in de ontwikkeling worden meegenomen. In dit geval wordt er letterlijk om de tafel gezeten en nagedacht over vragen als: hoe zou jij deze dienst willen aanbieden, wat is daarbij belangrijk? Dit niet alleen om de eigen innovatie te verbeteren, maar ook omdat het simpelweg loont om te doen.

'Wanneer je de zorgverlener niet meeneemt in het proces aan de voorkant, dan wordt het daarna iets is wat niet van hun is, heel simpel verander management gesproken, en dan wordt het niet geadopteerd. De zorgverlener is bij ons misschien nog wel een belangrijke sleutel dan de patiënt [...] de zorgverlener er niet in gelooft, dan gaat het nooit gebeuren' (R6).

Hierin is een duidelijke reactie te zien op de eerdergenoemde barrière dat zorgverleners en aanbieders een dominante maar cruciale rol hebben in het contact naar patiënten. Door deze vroeg in het proces te nemen kan geprobeerd worden om voldoende draagvlak te krijgen, om zo de innovatie bij de beoogde doelgroep te brengen.

Co-creatie omdat het wel nodig is dus. Maar ook om meer inzicht te krijgen in wat nodig is, en wat leeft (R7). Hierin is deze gemeenschappelijke focus ook een duidelijke manier om barrières door eigen inschattingsfouten te omzeilen (zie par. 5.6.3.)

Samenwerking op visie

Verschillende ondernemers hebben aangegeven dat het erg belangrijk is om samen te werken met partijen die min of meer dezelfde visie delen over onder andere preventie, gezondheid en innovatie.

Dit doen zij door onder andere visies en strategische plannen van zorgorganisaties door te nemen (R9) of organisaties te vinden die zich bezighouden met een onderdeel van de innovatie (R11).

Pioniers in preventie

Voor ondernemers voelt het innovatieproces vaak als pionieren, daarom zoeken ze ook mede-pioniers (R9, R11). Partijen die buiten de 'gebaande paden' durven te gaan en bereid zijn wat risico te nemen (R7). Een andere ondernemer benoemt het als het zoeken naar voorlopers, mensen die zich in meer of mindere mate bezighouden met een nieuwe manier van denken over onder andere gezondheid (R4).

Dat dit om een beetje lef vraagt geeft een andere respondent ook aan:

'Dus volgens mij zijn die nieuwe samenwerkingen, waarvan je nog niet helemaal weet hoe het zal gaan en of je moet zeggen: nouja we proberen het om met zo'n marktpartij samen te gaan werken, toch ook vraagt om een beetje lef van iedereen eigenlijk. Het vraagt om een beetje lef van de aanbieders die het misschien een beetje spannend vinden, maar ook van het ministerie om dingen anders te doen!' (R12)

Ook wordt benoemd dat het samenwerken met deze pioniers, nodig is om het tempo van het innovatieproces te versnellen:

'Als wij puur wachten op zorgverzekeraars dat die het een keer gaan doen, dan denk ik dat het eigenlijk, dan lopen wij een hele boel tijd mis om ervaring op te doen. Tegelijkertijd is het zoeken naar de juiste pioniers die er al wel mee aan de slag willen gaan. Dus ja.. de verzekeraar zal uiteindelijk het belangrijkste zijn voor de grote opschaling, maar voor ons is het veel belangrijker om op zoek te gaan naar die pioniers, die echt wel willen, je voorlopers, je early adapters in termen van innovatie' (R6)

Maar: samenwerken moet ook wel

Ook al kiezen (bijna) alle ondernemers duidelijk voor vormen van samenwerking, er wordt ook benadrukt dat het niet innoveren niet anders kan dan door samenwerking. Omvang van de innovatieve beweging wordt als cruciaal genoemd.

'Alleen ga je misschien wel sneller, maar samen kom je echt veel verder. Dat betekent af en toe dat je twee stappen achteruit moet doen om vooruit te gaan maar dat is wel de manier [...] anders gaat het niet gebeuren [...] Er zijn zoveel mensen die denken de haarlemmer olie te hebben uitgevonden als het gaat om kostenbesparingen en verbeteringen in de zorg, er zijn er maar een hand vol die de weg vinden naar inkoop' (R10).

5.11.2 Beweging maken, en beweging zoeken

Verschillende ondernemers geven daarnaast aan dat zij actief zoeken of zich aansluiten bij huidige bewegingen die gericht zijn op gezondheid en preventie (zoals bijvoorbeeld: ‘Alles is gezondheid’ of de ‘Healthy Ageing’ stroming (R4, R7, R8). Het gaat hierbij veelal om overheid gestuurde bewegingen, met name vanuit VWS.

‘Dat is hier ook wel prettig dat je er een hele grote paraplu voor hebt. Dat is het Healthy Ageing Netwerk. [...] Die hebben dus een hele grote aanpak van de drie noordelijke provincies en daar ook heel veel onderzoekslijnen in, dus dat maakt het ook wel heel prettig en makkelijker om te netwerken’. (R7).

Grote bewegingen kunnen dus helpen om meer legitimiteit te krijgen voor de innovatie, maar ook om gebruik te kunnen maken van een bestaand netwerk (R13) en eventueel ruimte te krijgen om in te stappen op huidige onderzoeks- en innovatie trajecten zoals een andere respondent benadrukt (R4).

‘Gezond in Nederland. Dat is een hele beweging vanuit VWS, hierop gericht, populatie bekostiging is daarin een ding, daar zijn andere dingen. [...] Dus we hopen op één van die experimenten in te stappen’ (R4).

Behalve het aansluiten bij een beweging geven verschillende ondernemers ook aan dat zij waar het kan proberen zelf een beweging op gang te brengen. Door het spreken op conferenties (R6) of het schrijven van blogs (R13) proberen zij draagvlak op gang te brengen voor preventie en leefstijl. Een respondent geeft hierbij aan:

*‘Ja, je bent een soort van **missionaris**. Er zijn niet mensen overtuigd, de problematiek die snapt iedereen’ (R13)*

Bij deze aanpak wordt nog wel als nadeel benoemt dat het op gang brengen van beweging, en het inspireren soms kan leiden tot verwachtingen die niet waargemaakt kunnen worden (R6). Het is dus balanceren tussen inspireren, maar realistisch blijven over wat mogelijk is.

5.11.3 Meerdere wegen naar Rome: gaan voor laaghangend fruit en easy targets?

Een andere genoemde reacties op de eerder geformuleerde barrières en kansen wordt door ondernemers gezien in het inslaan van andere wegen. Daarbij is te zien dat ondernemers zowel in zetten op verschillende vormen van financiering (R9) als ook op verschillende en nieuwe doelgroepen

(R8, R11, R13). Met name deze eerste reactie sluit ook aan bij de bevinding van Jansen en Moors (2013) dat ondernemers steeds meer in zetten op flexibele vormen van financiering.

Zo wordt bijvoorbeeld in plaats van de logge, langzame gemeente gekozen voor het bedrijfsleven als afnemer: 'Het bedrijfsleven is dan veel makkelijker in de basis. Daar zie je dat steeds meer werkgevers zelf risicodragende partijen zijn bij het ziekteverzuim van mensen' (R13). Dit raakt de eerdergenoemde kans in preventie. Doordat er meer wordt gewerkt aan de voorkant, zijn er naast traditionele zorgpartijen ook nieuwe samenwerkingspartners in zicht als buurtsportcoaches, werkgevers en ander soort bedrijven: hier spelen ondernemers dan ook op in (R4,R7, R11,R13).

Meerdere ondernemers geven aan de geplande route zijn afgeweken, onder andere door in te zetten op kinderen in plaats van ouderen (R8) of op inzet van de innovatie door zorgprofessionals, in plaats van rechtstreeks door cliënten en patiënten (R11). Gevaar lijkt hier wel dat eerdergenoemde drijfveren of idealen los worden gelaten omdat anders opschaling niet mogelijk is. Het kiezen voor het 'laaghangende fruit' in de woorden van verschillende ondernemers brengt mogelijkheden, maar maakt ook dat er soms wordt afgeweken van initiële plannen en beoogde waarde creatie. Makkelijke doelgroepen kunnen daardoor voorrang krijgen en worden verkozen boven lastigere doelgroepen: een proces wat ook wel wordt aangeduid als 'cherry picking'. Een respondent geeft daarin aan dat dit er mogelijk voor zorg dat de visie aangepast moet worden (R9), ook zodat er in de tussentijd wel geld verdiend kan worden (R8, R13).

'Ik had wel vanuit, misschien een soort van idealisme het idee van: het is een hele markt daar kan ik het verschil maken. En tegelijkertijd, ja.. er moet ook gewoon brood op de plank komen en je moet ook zorgen dat je een rendabele business kan draaien. En ik kan niet wachten tot dat er een financieringsstructuur wordt aangepast in die context van gemeentes en jeugdzorg... dat duurt gewoon te lang even plat gezegd. Dus dan is het bedrijfsleven veel makkelijker en directer om zaken mee te doen (R13)'

Er wordt dus gekozen voor 'makkelijke' doelgroepen om aan financiering, maar ook om aan draagvlak voor de innovatie te komen en te komen aan 'early adopters' zoals verschillende ondernemers dit noemen (R4, R6, R8, R9).

'En dan kun je zeggen: ja uh, dat is niet slim want dat is niet de doelgroep die je wilt bereiken maar je zal eerst die grote groep moeten hebben en vanuit daar de rest binnen moeten halen. Ik denk dat dat zo gewoon werkt.. (R8).

Brood op de plank: preventie alleen is niet genoeg

Behalve dat het ‘zo lijkt te werken’ geeft één ondernemer ook aan dat inzetten op andere wegen en werkzaamheden noodzakelijk is: *‘Als wij alleen afhankelijk waren van deze innovatie, kon je het vergeten...’*(R11). In dit geval zijn andere inkomsten, onder andere uit advieswerk nodig om de zaak draaiende te houden. Een reactie die ook bij andere ondernemers waar te nemen is, ook als er sprake is van verschillende innovaties. In dit geval wordt benoemd dat de meest preventieve innovatie daarin ‘gebruik’ moet of kan maken van de inkomsten uit andere innovaties met een makkelijkere doelgroep of betalende klant (R6, R11). Dat je het ‘alleen met preventie’ niet lijkt te redden bevestigt een ondernemer:

‘Je praat met start-ups, maar je praat ook met een heel succesvol bedrijf. Er zijn meer bedrijven die het goed doen. Maar het blijft allemaal redelijk klein als je kijkt naar bestaande partijen... kijk; die organisatie [andere innovatieve onderneming], hoe ik hun ken, verdient ook niet veel geld met preventie, zij verdienen geld met optimaliseren van bestaande processen. Dat is hun geldmachine, maar als zij het puur van preventie moeten hebben zouden ze ook niet lang bestaan, daar ben ik van overtuigd’ (R11).

In ieder geval wordt door verschillende respondenten eerst gekeken naar makkelijkere afzetmarkten, waar gemakkelijker financiering van de innovatie te vinden is (R8, R9, R11, R13). Daarnaast kan deze ‘makkelijke’ groep, of deze extra werkzaamheden of innovaties ervoor zorgen dat de ondernemer zijn netwerk en betrouwbaarheid versterkt, en dat dit uiteindelijk weer draagvlak geeft voor de als eerste beoogde doelstelling (R6, R8).

5.11.4. Meer dan alleen ‘iets nieuws’: vertrouwen en begeleiding

Om dit te bereiken wordt genoemd dat er wordt gekeken naar het aantrekkelijk maken van innovaties voor investeerders en aanbieders. Hierbij wordt genoemd dat het moet draaien om meer dan alleen preventie, maar ook meer dan alleen een innovatieve oplossing vanwege de benoemde barrières die dit oplevert. Er zou meer moeten worden gekeken naar de aansluiting met de beoogde cliënten (R5, R6, R9). Hiervoor is onder andere het creëren van vertrouwen en het bieden van begeleid van belang.

5.11.4.1 Vertrouwen & begeleiding

Ondernemers geven aan bewust te zijn van het feit dat innoveren, en met name innoveren in de zorg als ondernemer vraagt om het vinden van draagvlak en vertrouwen van traditionele en nieuwe partijen. Deze reactie komt ook voort uit het eerder omschreven gebrek aan vertrouwen dat soms heerst richting ondernemers in de zorg. Dit proberen zij te doen door onder andere informatie te verzamelen, prijzen te behalen, de innovatie 'breed' te trekken en gebruikers meer blijvend te begeleiden in het implementatie proces.

Het aansluiten bij een beweging (eerdergenoemde reactie) wordt daarin ook gedaan om vertrouwen te creëren, bijvoorbeeld van het zijn van een 'social enterprise' (R8). Samenwerking (ook een eerdergenoemde reactie) wordt ingezet om vertrouwen te wekken, en te kunnen werken aan evidenced based aanpakken (R7). Dit werken aan 'evidence based' aanpakken wordt daarnaast versterkt door het inzetten van instrumenten als de SROI-analyse (Social Return on Investment), dit ook om legitimiteit te creëren voor de aanpak (R10).

Het begeleiden van cliënten zorgt volgens ondernemers aan het begin wellicht voor een grotere (tijds) investering, maar loont wel doordat vertrouwen wordt gecreëerd en duurzame afname wordt behaald (R5, R6). Ook benoemt een ondernemer dat werken aan geloofwaardigheid belangrijk is, omdat er altijd sprake is van vooroordelen, iets dat al eerder werd benoemd bij de barrières:

'Ja... ik weet niet wat jouw indruk van mij was, dat dat hoef je niet te vertellen maar ik ben niet de gehaaide ondernemer, maar wij doen een heleboel dingen die, waar we geen geld mee verdienen omdat we dat belangrijk vinden. Ik denk dat zeker mensen in de zorg daar heel gevoelig voor zijn. Voor die praatjes en de snelle mannen, ik denk wel, je hebt wel altijd met vooroordelen te maken'(R11).

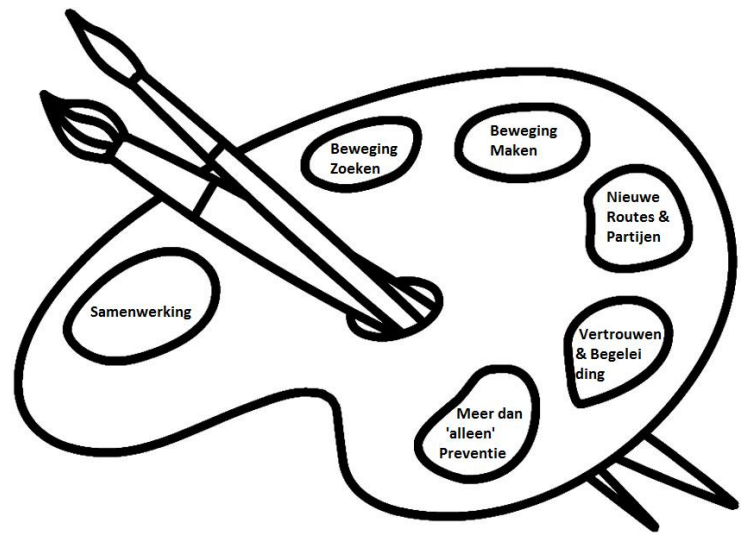
Vertrouwen wekken is daardoor belangrijk en wordt op verschillende manieren gedaan door ondernemers. Zij het wetenschappelijk en *evidence based*, maar ook op de relatie met de afnemer.

5.11.5 Conclusie reacties

Concluderend kan hierbij gezegd worden dat de wijze waarop ondernemers reageren in grote mate overlap heeft met de reacties vanuit het theoretisch kader (zowel de strategische als de leiderschapsreacties). Er wordt veel gericht op samenwerking en het creëren van juiste randvoorwaarden. Vertrouwen wekken door het verhaal om de innovatie en goede begeleiding komen daarin het meest duidelijk naar voren. Ook wordt geprobeerd om visie over te brengen met betrekking tot preventie en innovatie. Deze verschillende reacties leveren een breed palet aan handvatten voor ondernemers op (zie figuur 9).

Het ruimte bieden voor innovatie (een reactie die Bason beschrijft in het kader van de *visoinairs*) komt in dit onderzoek echter niet naar voren. Dit wellicht omdat dit ruimte bieden voor innovatie meer een reactie is die verwacht wordt vanuit overheidswegen en publieke organisaties zelf. Daarbij staan ondernemers, zoals aangetoond bij de barrières, ook in een afhankelijke

positie tegenover aanbieders en verzekeraars waardoor het wellicht lastig is om hierin het voortouw te nemen. Als kritische kanttekening dient daarbij opgemerkt te worden dat ondernemers in eerste instantie niet snel lijken te neigen naar reacties gericht op het reflecteren op eigen handelen (zoals genoemd bij de rol van *knowledge engineer*). De reflexieve reactie verdwijnt daardoor meer naar de achtergrond.



Figuur 9 Reacties van ondernemers (Bron: Auteur)

6. Conclusie

Dit onderzoek begon met de vraag welke barrières en kansen ondernemers in preventie ervaren in het innovatieproces, en op welke wijze zij hierop reageren (1.3). In het theoretisch kader is daarin gesteld dat innovatie en preventie beide brede en niet vaststaande begrippen zijn. Opvallend daarbij is dat de literatuur rondom beide thema's met name gericht is op barrières, spanningen en belemmeringen, en amper op kansen en mogelijkheden. Met name het punt van de 'dubbele verantwoording' is daarin een interessante factor omdat dit bij beide onderwerpen wordt gezien als een grote uitdaging. Maar ook barrières in de structuur en cultuur vielen vanuit zowel preventie als innovatie op. Kansen daarentegen zijn vanuit de theorie te zien in de noodzaak tot verandering, als een '*window of opportunity*'. Reacties zijn globaal in te delen in reacties die worden gelieerd aan leiderschap enerzijds, en meer gericht op strategisch vlak anderzijds. Een onderverdeling die ook een verschil lijkt te duiden op het verschil in publiek en private actoren (3.5).

Duidelijke drijfveren om te innoveren in preventie

Naar aanleiding van de interviews en observaties zijn er bij ondernemers duidelijke drijfveren te zien om ondanks deze geformuleerde barrières **toch** te innoveren in preventie (5.2). Dit omdat ze een visie hebben op zorg en preventie en verandering nodig achten. Daarbij zijn zij niet bang om te pionieren in een groeiende, nog niet vaststaande markt en zien zij dit eerder als uitdaging dan als onbegonnen zaak.

Barrières in en door structuur, cultuur en verschil in en missen van visie

Barrières worden met name ervaren in de **structuur** van het zorgstelsel: door systemen die niet gericht zijn op integrale (duurzame) bekostiging, productie stimuleren en bureaucratie bevorderen worden ondernemers geremd in het inzetten op preventie (5.4). Onduidelijkheid over wie er eigenlijk zou moeten betalen voor preventie maakt dat verschillende partij naar elkaar wijzen, maar een duidelijk betalende doelgroep lastig te herkennen is voor ondernemers. Daarnaast is toetreding als nieuwe partij in de zorg lastig en hebben zorgaanbieders en verzekeraars daarbij grote 'hindermacht', terwijl zij wel cruciaal zijn in het innovatieproces. Dit plaatst de ondernemer in een (ongewenst) afhankelijke houding. Dit alles maakt dat er, in de woorden van enkele ondernemers, sprake is van een 'weeffout' in het systeem: iets dat vaak als de grootste barrière wordt beschreven omdat het innovatie en preventie tegenhoudt. Tegelijkertijd geven zowel ondernemers, als andere partijen in de zorg aan dat het systeem niet 1,2,3 zal veranderen, waardoor ondernemers dus altijd zullen moeten manoeuvreren tussen en buiten bestaande systemen.

Cultuur speelt daarnaast ook een belangrijke rol: met name oud en bestaand denken bij aanbieders, verzekeraars, maar ook bij de samenleving wordt gezien als een belemmerende factor die maakt dat partijen niet gemakkelijk aanhaken bij innovatieve aanpakken en nog niet voldoende openstaan voor preventie (5.5). Hierin werken verschillende visies over wat preventie is, wie ervoor zou moeten betalen, en wie het zou moeten oppakken, net als bij de structuur, niet mee. Daarnaast ervaren ondernemers ook regelmatig veranderingsresistentie en angst om risico's te lopen bij andere partijen, waardoor investeringen in zowel tijd als geld achterblijven. Zorgaanbieders, verzekeraars, maar ook de samenleving lijkt in veel gevallen nog huiverig voor verandering: zeker als dit mogelijk negatieve gevolgen heeft voor de eigen portemonnee. Dit maakt dat het belang van 'bewijslast' voor de innovatie groot wanneer het gaat om samenwerking met deze partijen: iets dat met name in preventie moeilijk wordt gevonden door ondernemers.

Ook roept **het zijn van een ondernemer** in de zorg regelmatig wantrouwen op, met name bij traditionele partijen wanneer er sprake is van verschillende visies op preventie en innovatie. Dit benadrukt het belang van wederzijds vertrouwen (5.5). Als laatste maken drukte én waan van de dag dat er daarnaast weinig ruimte lijkt te zijn voor aanbieders en verzekeraars om na te denken over en in te zetten op innovatie waardoor ondernemers zich vaak **pionierend in preventie** voelen (5.7). Er zijn (nog) niet veel medestanders en verandering wordt lang niet altijd omarmt in de praktijk.

Kansen: draagvlak en (nieuwe) mogelijkheden

Toch zien ondernemers ook kansen (5.10). In het groeiende draagvlak voor innovatie en preventie, en de groeiende populariteit van het gezondheidsdenken. Ook financiële en technologische mogelijkheden zijn hierin een bevorderende factor. Als interessante kans wordt in dit onderzoek het specifieke karakter van preventie benoemd. Omdat bij preventie wordt ingezet op het proces vóór zorg (het voorkomen van zorg) wordt gesteld dat de standaard zorg barrières ook ontweken kunnen worden. Er kan daardoor samengewerkt worden met nieuwe partijen, en buiten bestaande structuren. Hierbij blijft het van belang dat er sprake is van een duidelijke (betalende) doelgroep. Deze (nieuwe) samenwerkingspartners maken versnelling van het innovatieproces mogelijk en doet de vraag oproepen of innovatie niet bij voorbaat het beste buiten bestaande systemen om kan worden bereikt.

Reacties: samenwerken, nieuwe wegen en pionieren

Ondernemers spelen op het voorgaande in door veel samen te werken, en daarin nieuwe routes en samenwerkingspartners te zoeken (5.11).

Daarnaast proberen zij aan te sluiten bij bestaande bewegingen en daar waar mogelijk zelf beweging te maken. Het belang van het vinden van pioniers wordt hierin benadrukt: er zijn mensen en organisaties nodig die samen durven te werken met ondernemers en dezelfde visie delen. Mensen die het innovatieproces kunnen versnellen, en het liefst buiten bestaande structuren en denkwijzen durven te denken en handelen.

Daarnaast zoeken ondernemers naar manieren om te laten zien dat het om meer draait dan alleen innovatie; dat het gaat om een beweging voor gezondheid en kwaliteitsverbetering. Daarbij valt met name op dat vrijwel alle ondernemers aangeven dat met 'alleen' preventieve oplossingen als ondernemer niet genoeg te 'halen' valt omdat dit zelden rendabel (genoeg) is. Dit plaatst de ondernemer in preventie in een lastig pakket: hij of zij moet in eerste instantie focussen op een goed verdienmodel, met als gevolg dat lastigere doelgroepen naar de achtergrond verschuiven en *cherry picking* kan optreden. Tegelijkertijd geeft dit ook ruimte om voldoende inkomsten te genereren om vanuit daar verder te werken aan de innovatie. Realisme komt daarmee dikwijls vóór idealisme.

Al met al lijkt juist de aard van preventie te zorgen voor een aantal specifieke barrières, maar ook voor kansen. Ondernemers spelen hierop in, maar voelen zich daarbij dikwijls nog pioniers in preventie. Dat dit in grote mate inherent is aan het karakter van innovatie blijkt uit dit onderzoek, toch zullen hierna, in de discussie, verschillende aanbevelingen gedaan worden zodat verdere opschaling van innovatie in preventie wordt bevorderd.

7. Discussie

In dit hoofdstuk zullen verschillende zaken worden besproken die na afloop van het onderzoek aandacht verdienen. Zo zal er ten eerste worden gekeken naar de beperkingen die dit onderzoek heeft. Vervolgens zal er worden gekeken naar de vraag wat de conclusies van dit onderzoek betekenen voor de literatuur. Als laatste zullen er aanbevelingen voor mogelijk vervolgonderzoek gedaan worden.

7.1 Beperkingen onderzoek

De eerste beperking in dit onderzoek komt naar voren in de ingeslagen onderzoeksmethode. Door het afnemen van interviews bij een relatief kleine doelgroep is de data waarop de analyse is gebaseerd wellicht beperkter dan van tevoren beoogt. Tegelijkertijd is er door middel van observaties en andere documenten geprobeerd deze data aan te vullen en aan te scherpen. Een andere kritische noot kan geplaatst worden bij de wijze waarop respondenten zijn benaderd. Hierbij is er gekozen om respondenten te benaderen die zijn aangesloten bij een beweging of platform voor innovaties in de zorg. De voordelen hiervan zijn toegelicht in het hoofdstuk 'Methoden'. Het nadeel van deze werkwijze is dat hierdoor met name organisaties zijn benaderd die al de weg hebben gevonden naar samenwerkingsverbanden, waardoor dit invloed kan hebben op het beeld dat ontstaan is in de analyse van de reacties van ondernemers. Daarnaast is er getracht om aan positief aangeschreven innovaties en ondernemers te interviewen, zodat de focus kon liggen op de barrières in de externe omgeving, en minder in de eigen organisatie. Toch is het niet in het geheel te achterhalen of dit ook volledig op deze wijze heeft uitgewerkt, waar ook in het generaliseren van deze resultaten rekening mee moet worden gehouden.

Als laatste is er duidelijk gekozen voor een focus op preventie, waarbinnen gekeken is naar met name gezondheidsgerichte preventie (universeel). Echter het uitzoeken van innovaties die zich hierop richten bleek lastiger dan gedacht, omdat de term preventie door veel ondernemers wordt gebruikt, ook voor innovaties die daar niet direct raakvlak mee lijken te hebben. Dit heeft gemaakt dat de term preventie soms eerder meer vraagtekens opleverde dan helderheid gaf in het zoeken van respondenten. Uiteindelijk is als onderzoeker de keuze gemaakt welke respondenten wel of niet binnen de selectiecriteria vielen, waarin deels ook sprake is van persoonlijke inschatting en keuzes voor het wel/niet benaderen van ondernemers. Dit pleit ook voor een latere aanbeveling om nog beter te kijken naar de vraag: 'wat is preventie (niet)?'

7.2 Betekenis literatuur

In dit onderzoek is het onderwerp innovatie in de zorg, specifiek gericht op preventie, verder uitgediept. Zoals Bommert (2010) al aangeeft is dit van belang, omdat onderzoek naar publieke innovatie vaak nog onvolledig is en het belangrijk is dat hier meer over bekend wordt. Daarnaast geeft dit onderzoek meer inzicht in de belevingswereld van ondernemers in preventie (p.21) Veel literatuur richt zich op de samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten en aanbieders maar juist nu er een groter beroep wordt gedaan op ondernemerschap en innovatie in de zorg is het van belang dat de literatuur wordt uitgebreid met de ervaringen van ondernemers.

Wel dient genoemd te worden dat de definitie van preventie en innovatie in het theoretisch kader niet 'heilzaam' is gebleken. Er zijn veel verschillende visies op wat preventie is, en wie ervoor zou moeten betalen. Deze vraag lijkt echter in de wetenschap nog niet genoeg gesteld. Hier zal bij de aanbevelingen hierna verder op worden ingegaan. Daarnaast bleek in dit onderzoek dat innovatie ook een zeer fluïde concept is: wat onder innovatie wordt verstaan verschilt soms per ondernemer, maar ook geïnterviewde sleutelfiguren waren zeer verschillend in hun opvatting over wat innovatief is en wat niet. Dit sluit aan bij de uitspraak van Moore dat innovatie een begrip is dat niet vaststaand is en door verschillende partijen anders wordt gezien (in Bommert, 2010). Deze noot mag dus voor beide begrippen, zowel preventie als innovatie, worden bevestigd in de literatuur.

Daarnaast dient er ook een relativerende noot voor de literatuur te gelden. Er is zoals in de inleiding en het theoretisch kader beschreven sprake van bezuinigingen, en kostenbesparingen en deze maken preventie en innovatie belangrijk, toch lijkt dit 'niets nieuws onder de zon'. Dit onderzoek laat ook zien dat preventie aldus verschillende partijen behalve nieuw ook al van alle tijden is, en bezuinigen en kostenstijgingen lijken daarin ook niet nieuw: sterker nog: ze zijn stijgen altijd al (de Blok et al, 2015).

Als laatste bleek vanuit het theoretisch kader dat er sprake is van een 'dubbele verantwoordingspanning': zowel voor publieke innovatie, als voor preventie geldt dat er een hogere bewijslast nodig lijkt te zijn om de relevantie ervan aan te tonen. Ook in dit onderzoek is dit naar voren gekomen, en hebben ondernemers bevestigd dat dit het maken van een businessplan bemoeilijkt. Dit roept de vraag op of zaken als publieke innovatie en preventie wel voldoende 'hard te maken' zijn; een vraag die op dit moment nog niet voldoende gesteld lijkt te worden in de huidige literatuur.

7.3 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de hiervoor genoemde discussiepunten en opvallende zaken in dit onderzoek zullen in deze paragraaf enkele aanbevelingen worden gedaan. Deze aanbevelingen richten zich op verschillende partijen: beleidsmakers, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en ondernemers zelf. Eerst zal daarbij stil gestaan worden bij aanbevelingen met betrekking tot vervolgonderzoek.

7.3.1. Verder onderzoek en ruimte voor dialoog over de vraag: wat is preventie?

In dit onderzoek is veelvuldig gesproken en geschreven over preventie en gezondheid. Zoals eerder opgemerkt dient daarbij genoemd te worden dat voor de verschillende partijen en respondenten preventie vaak iets anders inhoud. Iets dat zorgen voor miscommunicatie of onbegrip tussen deze partijen. Waar het voor de ene partij draait om vroeg signalering benadrukt een andere respondent gezondheids promotie, eigen regie of leefstijl monitoring. Dit maakt dat vervolgonderzoek naar wat verschillende partijen verstaan onder preventie van belang is, zeker met het oog op de bewegingen gericht op (positieve) gezondheid en leefstijl. Want: hoe verhouden deze zich exact tot elkaar én wat is nu exact de waarde die wordt beoogd om toe te voegen? Dit om meer inzicht te krijgen in de verschillende visies die actoren betrokken bij innovatie in preventie delen, maar ook om kritisch te blijven op de ‘innovatiegolf’ die nu langzaam doorgang krijgt in de zorg. Een respondent geeft daarin het volgende aan:

‘Uiteindelijk is innovatie ook geen doel op zich, ik denk dat dat ook een hele belangrijke is, dat we niet innoveren om het innoveren. Uiteindelijk gaat het erover, dat mensen in Nederland een vitaler leven hebben, dus dat begint wel bij de eerste vraag: wat verstaan dan mensen dan onder een vitaal leven, en weten we dat? We hebben zoveel ideeën en die voeren we wel uit, toch denk ik vaak dat die stap over geslagen wordt’ (R3).

Vervolgonderzoek zou daarnaast kunnen kijken naar de waarde die partijen willen toevoegen als ze spreken over preventie en welke overtuigingen daarbij worden aangehouden. Dit geeft tevens de mogelijkheid om te analyseren hoe die verschillende overtuigingen en definities vervolgens de manier waarop partijen denken en handelen in innovatieprocessen beïnvloeden. Daarbij zou specifiek kunnen worden gekeken naar de verschillen tussen publieke partijen als gemeenten en aanbieders, en private partijen; iets dat in dit onderzoek al naar voren kwam als belangrijke factor.

Naast dat dit een wetenschappelijk gevolg heeft, is daarin ook de aanbeveling om met betrokken spelers in het innovatieproces meer te spreken over wat precies preventie is. Hierover de dialoog aangaan met elkaar maakt dat het mogelijk is om op voorhand al duidelijker te krijgen wat nodig is om dit te bewerkstelligen en dat er kan worden gestreefd naar een gemeenschappelijk doel.

7.3.2. Verdere focus op nieuwe vormen van bekostiging nodig

Tegelijkertijd is het belangrijk dat er door beleidsmakers en verzekeraars meer wordt gekeken naar nieuwe vormen van bekostiging die wel ruimte geven voor een meer preventie en gezondheidsgerichte manier van werken in de zorg. Hiervoor zijn al meerdere initiatieven van start gegaan (zie onder andere de projecten rondom populatiebekostiging en het gemeenschappelijke uitkeren van besparingen door preventie middels *shared savings*). Dit verdient de nodige aandacht, omdat dit ook uiteindelijk voor ondernemers in de zorg meer ruimte zal geven om op een duurzame manier hun innovaties ingang te laten krijgen. Waar ondernemers pleiten voor het opnemen van preventieve en leefstijl gerichte interventies in de inkoop van zorgverzekeraars bleek tijdens dit onderzoeksproces dat hier op dit moment langzaamaan mee wordt geëxperimenteerd (onder andere interventies gericht op valpreventie). Dit biedt mogelijkheden want in de woorden van een ondernemer:

‘Het zou een hele grote bottle neck weghalen wanneer je gewoon een betaalsysteem hiervoor hebt, dan was het voor veel meer mensen normaal geworden om hier mee aan de slag te gaan. Nu moet je het hebben van de pioniers, degene die zeggen wij willen hier graag vroeg mee beginnen zodat als het straks er een keer is, dat wij al een aantal jaar ervaring hebben en dat we dan ook groot kunnen gaan opschalen’ (R6).

Dit biedt een mooie brug naar de volgende aanbeveling naar aanleiding van dit onderzoek: het vertrouwen creëren en promoten van pioniers in preventie.

7.3.3. Vertrouwen in en voor pioniers in preventie

Zowel overheid als andere betrokken partijen zouden nog meer de rol kunnen nemen om de pionierende organisaties (aanbieders, maar ook ondernemers) meer positief in de aandacht te zetten. Er wordt al veel gedaan en gefaciliteerd, maar juist dit stukje risico nemen zou nog meer kunnen worden gepromoot. Een belangrijke faciliterende factor zou zijn om de zorgmarkt meer open te

‘breken’ en actief ruimte te bieden voor ondernemerschap (R3). Er is, zoals uit de inleiding al bleek, behoefte aan verandering. Nu er een partij is die hierin een grote rol kan spelen is het van belang dat er niet alleen ‘mooie praatjes’ zijn vanuit de politiek en regering maar ook echt experimenteeruimte wordt aangeboden en gecreëerd: wellicht en waar mogelijk juist buiten de bestaande structuren. Daarbij kunnen juist pionierende ondernemers worden ingezet om moeilijke groepen te bereiken, daar waar traditionele partijen met de handen in het haar zitten. Zoals een artikel op Binnenlands Bestuur mooie kopte: ‘Geen preventie praatjes, maar concrete acties’ is daarbij het devies richting beleidsmakers en politici: een actieve inzet van alle partijen is nodig (2016). Een belangrijke factor is daarin ook dat er meer ruimte en geld vrijgegeven moet worden voor aanbieders en professionals om na te denken over innovatie en preventie binnen de eigen organisaties. Door drukte, en beperkte middelen is hier op dit moment weinig tot geen ruimte door, waardoor de zorgsector veelal op gaat in het laten draaien van de zaak, in plaats van op het werken aan verbetering en verandering.

Daarnaast geldt dat zorgverzekeraars en aanbieders hierin meer open kunnen en moeten staan voor samenwerking met private partijen als ondernemers. Voor het goed functioneren van de zorgmarkt en het ruimte bieden voor innovatie is het van belang dat wordt gezocht naar gemeenschappelijke doelen en overlappende visies zodat ondernemers onderdeel kunnen (en mogen!) worden van het zorglandschap.

Een belangrijke stap, naar aanleiding van het vorige, is dat er wordt gewerkt aan wederzijds vertrouwen, een aanbeveling die eveneens voor ondernemers geldt. Hierbij zou het uiteindelijke doel moeten zijn dat verandering breed gedragen wordt, en breed gestimuleerd wordt zodat ondernemers niet alleen hoeven te pionieren. Terugslaand naar de afbeeldingen in de samenvatting van dit onderzoek: als er verandering nodig is, moet er worden gewerkt aan bredere acceptatie van ondernemerschap en innovatie in de zorg, zodat ondernemers (in tegenstelling tot de prent) niet alleen staan, maar worden bijgestaan door overheid, verzekeraars en aanbieders. Dit met als doel om **gezamenlijk gezondheidswinst te realiseren**.



Figuur 10 Hoe werkt verandering? (Bron: Change Activation)

7.3.4. Flexibiliteit, samenwerking en uithoudingsvermogen

De laatste aanbeveling is gericht op het onderwerp van deze scriptie: de (toekomstige) ondernemers in zorg en preventie. Naar aanleiding van dit onderzoek is het belang onderstreept van een flexibele houding in het innovatieproces. Het achter de hand houden van een plan B, het zoeken naar andere vormen van financiering en het schakelen tussen verschillende doelgroepen zijn hierin van groot belang. Ook werd door verschillende sleutelfiguren in het innovatieproces benoemd dat er al heel veel wél mogelijk is, maar dat dit vaak nog niet voldoende bekend is bij ondernemers zelf. Ondernemers doen er daarin juist aan om van tevoren duidelijk de mogelijkheden in kaart te brengen, en niet uit te gaan van onmogelijkheden, maar van mogelijkheden. Daarnaast is in dit onderzoek het belang van samenwerking onderstreept: dit om als ondernemer niet alleen te staan richting grote organisaties als aanbieders en zorgverzekeraars, maar ook om de legitimiteit van de innovatie te vergroten naar bijvoorbeeld zorgverzekeraars. Het maken van, en aansluiten bij bestaande bewegingen is hierin een belangrijk instrument. Als laatste wordt bevestigd dat innoveren in preventie een kwestie van 'de lange adem' blijft, ondernemers doen er daardoor goed aan om rekening te houden met een trage, maar gestage vooruitgang van het proces waarbij het van belang blijft om juist het beoogde doel en de gewenste verandering als stip op de horizon te houden. Daarbij is het ook belangrijk te realiseren dat systeemveranderingen niet één, twee, drie verwacht worden. Innoveren blijft daarin een kwestie van manoeuvreren tussen bestaande systemen en culturen, en vraagt om een stukje lef om buiten de gebaande wegen te opereren.

8. Literatuur

- Bason, C. (2010) *'Leading public sector innovation – co-creating for a better society'* Great Britain: Policy Press
- Binnenlands Bestuur (21 juli 2016) *'Geen preventie praatjes, maar concrete acties'* via: www.binnenlandsbestuur.nl
- Blok, J, Suichies, H, Vogelpoel, L, Jansen, T (2015) *'Het alternatief voor de zorg: humaniteit boven bureaucratie'* Amsterdam: Boom
- Boeije, H. (2006) *'Methoden en technieken van kwalitatieve analyse. In: Analyseren in kwalitatief onderzoek'* Den Haag: Boom onderwijs , pp. 84-120
- Bommert, B. (2010) *'Collaborative innovation in the public sector'* in International Public Management Review Volume 11 - Issue 1
- Bryman, A. (2012) *'Social research methods'* – Oxford University Press: Oxford
- Bryson, J.M. (2007) *'What to do when stakeholders matter'* in Public Management Review, 6:1, 21-53
- Cels, S, De Jong, J, Nauta, F. (2012) *'Agents of change: strategy and tactics for social innovation'* Washington D.C: Brookings Institution Press
- Deetz, S. (1996) *'Describing Differences in Approaches to Organization Science: Rethinking Burrell and Morgan and Their Legacy'* in Organization Studies, 7(2), 191-207.
- Douglas, S. (2016) *Colleges met betrekking tot het doen van onderzoek*, Utrecht: Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschap
- GGZ Nederland (2014) *'Implementatie en opschaling eHealth: van Masterclass naar Masterplan'* via www.ggz.nl
- Goris, P, Burssens, D, Melis, B, Vettenburg, N. (2007) *'Wenselijke preventie, stap voor stap'* Antwerpen – Apeldoorn: Garant
- Harchaoui, S, van der Meer, D, Zafar, S. (2016) *'Health Impact Bond: innovatieve financiering voor innovatieve zorg'* Den Haag : Society Impact
- Hopman, H, Piek, E. (2015) *'De invloed van interorganisationele samenwerking tussen financiële actoren op de financiering van opschaling van eHealth in de zorg thuis'* Raboud Management Academy (RMA)
- Jacobs, J. (1992) *'Systems of survival: a dialogue on the moral foundations of commerce and politics'* New York: Random House
- Klink, A, Bussemaker, J. (7 feb. 2008) *'Kamerbrief innovatie in preventie en zorg'* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

- KMPG Plexus (2013) *'Populatiebekostiging: waarom, wat en hoe?'* KMPG
- Machiavelli, N. (2009) *'De heerser'* Athenaeum – Amsterdam: Polak & Van Genneep
- Meijerink, R. (26 jan. 2016) *'Het zorgstelsel loopt op zijn eind'* via www.zorgvisie.nl
- Moore, M (2013) *'Recognizing Public Value'* Harvard University Press – Harvard
- Noordegraaf, M. (2015) *'Public Management – Performance, Professionalism and Politics'* Londen: Palgrave
- Platform Personalized Prevention (2012) *'Persoonlijke preventie: verbindt en ontzorgt – publiek privaat samenwerken aan gezondheid en zelf kiezen voor leefstijl'* – Den Haag : Boom Lemma
- Raad voor Volksgezondheid & Zorg (2010) *'Van ZZ naar GG: acht debatten, een sprekend verhaal'* Den Haag
- Radar (2016) *'Documentaire: Tien jaar marktwerking in de zorg: wie wordt er beter van?'*
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RVM) (2015) *'Samen werken aan duurzame zorg: landelijke monitor proeftuinen'* Bilthoven
- RVM (2014) *'Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg'* Bilthoven
- Schippers, E.I, van Rijn, M.J. (25 maart 2016) *'Kamerbrief preventie in het zorgstelsel: van goede bedoelingen naar het in praktijk ontwikkelen van resultaten'* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
- Schippers, E.I, van Rijn, M.J. (8 okt. 2015) *'Voortgangsrapportage eHealth en zorgverbetering'* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag
- Smit, N. van Thiel, S. (2002) *'De zakelijke overheid: publieke en bedrijfsmatige waarden in publiek-private samenwerking'* in Bestuurskunde 11 (6), p. 226-234
- Soeters & Verhoeks (2015) *'Analyse van belemmeringen bij het verduurzamen van preventie'* Zorgmarkt Advies
- TNO (2016) *'Aandachtsgebieden bij gezond leven en preventie'* via www.tno.nl
- Windesheim (2013) *'Studie naar wegen/spelers in het innovatieproces'* via www.windesheim.nl
- Zorgvisie (2016) *'Dossier eHealth'* via www.zorgvisie.nl

Afbeelding samenvatting en discussie via: Change Activitation (www.changeactivation.com)

Bijlage 1: Topiclijst

Bijlage 2: Respondenten en observaties

Bijlage 3: Codeboom onderzoek (op te vragen)

Bijlage 1: Topiclijst

* **Barrières in het innovatieproces**

In innovatie in het algemeen

- Innovatie in 'het systeem'
- Veranderingsresistentie in de publieke sector
- Geen cultuur van en beloning voor innovatie
- Bewijslast van de innovator

In preventie

- Vaste partijen als gemeenten en zorgverzekeraars (angst voor overstappers)
- Kosten en baten vallen elders
- Verkeerde prikkels in de bekostiging
- Kwestie van de lange adem
- Onduidelijkheid over preventie

* **Kansen in het innovatieproces**

- Noodzaak tot innovatie in preventie
- 'Window of opportunity'

* **Reacties op en in het innovatieproces**

Als leider

- Samenwerking
- Vertrouwen creëren
- Visie creëren en overbrengen
- Dialoog op gang brengen
- Belang van innovatie en experimenteren benadrukken

Als strateeg

- Vinden van coaches, ambassadeurs
- Demonstreren van innovatie (openlijk experimenteren)
- Linken van innovatie met andere maatschappelijke organisaties en doelen

Bijlage 2: Respondenten en observaties

Respondenten

N.B.: Om anonimiteit te waarborgen overlappen respondent nummers in dit onderzoek niet met de volgorde hier gehanteerd

Spelers in het zorg/innovatieveld

Senior-Adviseur	Raad Volksgezondheid en Samenleving (RvS)
Senior-Adviseur	Raad Volksgezondheid en Samenleving (RvS)
Directeur en Adviseur Sociale Innovatie	Kennisland
Programmadirecteur Innovatie	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS)

Ondernemers

In dit onderzoek zijn interviews gehouden met verschillende ondernemers en werknemers bij ondernemingen. Deze worden ook nog genoemd op de achterzijde van dit document. Om anonimiteit te waarborgen, en te zorgen dat vrijelijk kon worden gesproken worden hierin echter geen namen genoemd. De volgende organisaties hebben meegewerkt aan dit onderzoek:

- * Inspanning Loont
- * Vital Facts
- * de Zorginnovatie Winkel
- * Fit Gaaf!
- * Fresh Idea Factory
- * Vital Innovators
- * Focus Cura
- * Selfcare
- * HealthCoin (Bloei)

Observaties bij congressen

- O1: HIB Congress (inclusief workshop: financiering van preventie)
- O2: Heldcare Demoday: innovaties in zorg en welzijn
- O3: Innovatiecafé 'Zorg voor innoveren'
- O4: Startup2Scaleup (in het kader van de nationale eHealth week)
- O5: Inspiratieconferentie 'Preventie' (onderdeel Jongerius on Tour)



Met onderzoek is tot stand gekomen met medewerking van de volgende partijen

